

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»**

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ИРКУТСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ»**

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Методические рекомендации для врачей
общесоматической сети, школьных психологов

Иркутск, 2015

Вопросы диагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков: Методические рекомендации /Ворсина О.П., Дианова С.В., Чернигова Е.П. – Иркутск, 2015. – 56 с.

УДК
ББК

Авторы-составители:

Ворсина О.П., д.м.н., доцент кафедры психиатрии
ГБОУ ДПО ИГМАПО, заместитель главного врача по лечебной
работе ГУЗ ИОКПБ №1

Дианова С.В., врач психиатр, психотерапевт,
сексопатолог ГУЗ ИОКПБ №1

Чернигова Е.П., врач психиатр детский ГУЗ ИОКПБ №1

В методических рекомендациях раскрываются теоретические и прикладные основы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Пособие предназначено для врачей общесоматической сети, социальным педагогам, психологам, работающим с детьми «группы риска».

ББК

© министерство здравоохранения
Иркутской области
© областное государственное
казенное учреждение
здравоохранения «Иркутская
областная клиническая
психиатрическая больница № 1»
© областное государственное
бюджетное учреждение
здравоохранения «Иркутский
областной центр медицинской
профилактики»

ISBN

Тот, кто хочет покончить с собой, должен вспомнить, что родители должны жить, пока младшему ребенку не исполнится восемнадцать, а дети не должны умирать, пока жив хотя бы один из родителей.

Эрик Берн

В последние десятилетия рост самоубийств в детском и подростковом возрастах внушает серьезные опасения медиков и общественности. По данным ВОЗ, суициды среди лиц в возрасте 15-24 лет за последние 15 лет возросли в 2 раза, среди причин смертности во многих экономически развитых странах они занимают 2-3-е место. В США показатель суицидов для американцев 15-19 лет за 1960-1981 гг. более чем удвоился и достиг уровня 13,6 на 100 тысяч среди юношей и 3,6 на 100 тысяч населения среди девушек, аналогичная картина наблюдается среди англичан в возрасте 15-24 лет. В настоящее время суицид среди детей и подростков занимает 4-е место в качестве причины смерти, после детского травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний. Лидером по частоте суицидов у подростков 15-19 лет среди стран мира является Шри-Ланка (46,5 на 100 тысяч населения соответствующего возраста). По данным ВОЗ (2010), в группу стран с наибольшими показателями завершенных суицидов в подростковом возрасте входят Литва, Казахстан, Россия и Беларусь (23,9; 21,0; 19,8 и 14,0 на 100 тысяч населения).

В России за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков выросла в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет расти быстрыми темпами. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями российских юношей обусловлена суицидами в 33,2 %, девушек – в 34 % случаев. Если оставить в стороне вопрос относительно намерений, то истинный уровень смертности вследствие самоубийств в 2006 г. возрастает у российских юношей на 14,5 %, у девушек – на 20,6 %. По данным Н. П. Кокориной и др. (1997), среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1 % составляют школьники и студенты. По данным 2007 г., показатели суицидов в стране были следующими: 0,1 случая на 100 тысяч детей в возрасте 5-9 лет; 3,6 – на 100 тысяч детей 10-14 лет; 20,1 – на 100 тысяч подростков в возрасте 15—19 лет. В стране ежегодно в последние годы уходят из жизни по причине самоубийств до 500 детей до 14 лет и 2,5 тысячи подростков 15-19 лет. В 2009 г. частота

суицидов среди российских детей и подростков составила 3,5 и 19,8 на 100 тысяч населения данной возрастной группы.

Б.С.Положий, Е. А. Панченко (2012) проанализировали частоту подростковых суицидов по федеральным округам России. Установлены минимальные показатели частоты суицидов среди детей и подростков в Северо-Кавказском, Центральном и Южном ФО (5,6; 9,8 и 12,3 на 100 тысяч лиц данной возрастной группы), что сопоставимо с общемировыми показателями. Близкие к общероссийскому уровню показатели суицидов выявлены в Северо-Западном и Приволжском округах (19,2 и 23,4 на 100 тысяч населения). Неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и особенно в Сибирском округах (28,6, 33,6 и 36,3 на 100 тысяч). Данные уровни суицидов в 4,5—5 раз превышают аналогичные мировые показатели. В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор нарастания смертности. Дальневосточный регион и Восточная Сибирь формируют полюс неблагополучия, который полностью определяется внешними причинами смерти, прежде всего самоубийствами, убийствами и другими формами насилия.

Лидерами по числу суицидов среди детей и подростков являются Тува, Якутия, Бурятия (15,6; 13,4 и 12,6 случая на 100 тысяч детского населения и 120,6, 74,2 и 86,6 на 100 тысяч подросткового населения), что превышает общероссийский уровень среди детей в 4-4,5 раза, среди подростков – в 4-6 раз. В. Ю. Альбицкий и др. (2010) указывают на то, что различия в смертности подростков от самоубийств по территориям России еще больше, чем вариация смертности от ДТП: 110 раз – от 255,4 на 100 тысяч населения в Чукотском АО до 2,3 на 100 тысяч в Чечне. Если исключить экстремальный показатель из рассмотрения, то региональный разброс смертности подростков от суицидов сокращается до 30 раз, что также не подтверждает однородности ситуации в стране по этому признаку. Б. С. Положий (1995) отмечает, что различия по частоте суицидов между различными регионами нашей страны составляют 12 раз среди детского населения и 27 раз среди подростков. Это позволяет выделить регионы с низкой, средней, высокой и сверхвысокой суицидальной активностью детско-подросткового населения. Уровень законченных суицидов среди подростков 15-19 лет в Иркутской области вырос за последние 21 год с 25,8 на 100 тысяч населения (1991 г.) до 41,2 на 100 тысяч населения (2011 г.), что позволяет отнести ее к областям с высокой частотой подростковых суицидов.

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения детей и подростков большинство исследователей относят такие, как

неблагоприятные взаимоотношения с родителями и сверстниками, одиночество, потеря одного из родителей, их развод, неразделенная любовь, ревность, оскорбленное самолюбие (Кузнецов В., 1996). По данным В. Ф. Войцеха (2007), в препубертатном периоде детско-подросткового возраста доминируют семейные и школьные, а в пубертатном – любовные и сексуальные конфликты. А. Е. Личко (1999) к наиболее частым причинам суицидов среди подростков относит: потерю любимого человека; состояние переутомления; уязвленное чувство собственного достоинства; разрушение защитных механизмов личности в результате приема психоактивных веществ; отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

А.А.Султанов (1983), исследуя причины суицидального поведения у здоровых подростков, выделил 3 основные группы факторов: 1) дезадаптация, связанная с нарушением социализации, в этом случае место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний; 2) конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения; 3) алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

С.В.Зиновьев (2002) считает, что самоубийство в детском и подростковом возрастах имеет особенную фактуру, корни которой лежат в своеобразии представлений о смерти: 1) чем младше человек, тем труднее определить истинность его намерений уйти из жизни; 2) многие дети убеждены в том, что смерть имеет конец; 3) мотивы самоубийств детей и подростков до крайности непропорциональны факту травматизации, очень высок уровень импульсивности поступка; 4) прием алкоголя или наркотиков нарушает эмоциональную реактивность детей и подростков; 5) именно среди молодых самоубийство исключительно зарачительно.

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Повышенный суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных семей, в таких семьях вырастают до 40 % детей и подростков с суицидальным поведением (Панченко Е.А., 2011). Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б.С. Положего и др. (2011), более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д.Н. Исаев (2004), изучив особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от

10 до 15 лет, обнаружил, что причиной суицидального поведения у них является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга. Из-за депривации и/или отвержения у умственно отсталых детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности.

Одним из важнейших факторов суицидального риска у молодежи является психическое заболевание, особенно аффективные расстройства и расстройства личности. Подростки, в прошлом пациенты психиатрических больниц, подвержены особому риску самоубийства (10 % – для мужчин и 1 % – для женщин). Подросткам-самоубийцам характерны семейная отягощенность по психическим заболеваниям (25-50 % случаев) и злоупотребление психоактивными веществами или алкоголем (33-70 %). По данным Л. Я. Жезловой (1978), среди детей-суицидентов в возрасте до 13 лет больные шизофренией составили 70 %, а лица с ситуационными реакциями – 18 %; в старшем возрасте (13-14 лет) число страдающих шизофренией уменьшилось до 38 %, а количество лиц с ситуационными реакциями возросло до 60 %.

Настораживающим является тот факт, что во многих странах мира, в том числе в России, возрастает количество незавершенных суицидальных попыток среди лиц подросткового возраста. В Беларуси за 2008 г. показатель незавершенных суицидов в детско-подростковом возрасте вырос более чем на 40 % по сравнению с 2007 г. и составил 25,1 на 100 тысяч детского возраста. В Москве ежегодно происходят 600-700 суицидальных попыток среди детей до 12 лет и ещё больше – среди подростков.

А.Г.Амбрумова и др. (1978), обследовав 770 детей и подростков с суицидальным поведением, обнаружили наиболее частые способы суицидальных попыток: у девочек – отравления, у мальчиков – порезы вен и повешение. По данным В. Т. Лекомцева и Е. А. Панченко (2002), в группе до 13 лет в качестве способа самоубийства избиралось отравление, а в возрасте 13-16 лет к самоотравлению присоединяются и другие способы: самоповешение, самоудавление, суициды с помощью колюще-режущих предметов, комбинированные способы. По мнению Е. Шир (1984), большинство суицидальных действий направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных нарушенных связей с окружающими; иногда суицидальное поведение определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. А. Е. Личко (1983) показал, что суицидальное поведение в подростковом возрасте чаще носит демонстративный характер, лишь у 10 % подростков имеется

истинное желание покончить с собой, в 90 % случаев – это крик о помощи. Однако потенциальная опасность такого поведения достаточно высока, и ни одна суицидальная попытка не должна рассматриваться как незначительная, «несерьезная».

За 21 год (1991-2011 гг.) на территории Иркутской области было зарегистрировано 2237 случаев самоубийств детей и подростков, в том числе 1809 (80,9 %) суицидов были совершены лицами мужского пола, 428 (19,1 %) – женского пола. В возрасте 5-9 лет за анализируемый период закончили жизнь самоубийством 12 детей (0,5 %), в 10-14 летнем возрасте – 297 ребенка (13,3 %). Число подростков 15-19 лет, совершивших самоубийство, значительно превышало аналогичные показатели у детей и составило 1 928 чел. (86,2 %).

Основные понятия суицидологии

Суицидология — междисциплинарная область научного знания, изучающая причины суицидального поведения и пути его профилактики. Суицидология тесно связана с такими научными дисциплинами, как психология, психиатрия, физиология и социология.

Основным понятием в суицидологии является понятие *суицида* (от лат. *sui* — себя, *caedo* — убивать, уничтожать); под ним понимают акт лишения себя жизни, при котором человек действует преднамеренно, целенаправленно и осознанно.

Принято различать следующие формы суицидального поведения: суицидальные мысли (тенденции), суицидальные попытки и завершённые суициды. 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. Наконец, под *завершённым суицидом* понимают смерть от нанесенных самому себе повреждений.

В отечественной литературе широко применяется разграничение демонстративно-шантажного, самоповреждающего (парасуицидального) и истинного суицидального поведения. *Демонстративно-шантажное суицидальное поведение* предполагает своей целью не лишение себя жизни, а демонстрацию

субъектом этого намерения для привлечения внимания окружающих. *Самоповреждающее (парасуицидальное) поведение* характеризуется нанесением самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения. *Истинное суицидальное поведение* характеризуется последовательной реализацией обдуманного плана лишения себя жизни.

Суицидальные мысли и побуждения

Суицидальные мысли являются относительно распространенным феноменом и встречаются гораздо чаще, чем суицидальные попытки и завершённые суициды. По данным разных авторов, от 15% до 35% лиц молодого возраста имеют опыт переживания суицидальных мыслей. Суицидальные мысли тесно связаны с депрессией: 40-60% лиц с депрессивными расстройствами обнаруживают признаки наличия суицидальных мыслей и переживаний.

Существуют разные формы суицидальных мыслей и переживаний. Согласно известному американскому исследователю А. Беку, необходимо различать пассивные и активные суицидальные мысли.

Пассивные суицидальные мысли носят недифференцированный характер и не связаны с формированием суицидального плана («Иногда у меня мелькают мысли о том, что не стоит жить, но я никогда не сделаю этого»). К данной группе также относят случаи, когда индивид фантазирует о своей смерти, но пока еще не допускает возможность самоубийства («Хорошо бы заснуть и не проснуться»), или фантазирует относительно реакции близких людей на свою смерть («Тогда все поймут, что несправедливо относились ко мне»).

Активные суицидальные мысли связаны с активным намерением убить себя («Я покончу с собой, когда представится удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида. Установлено, что наличие разработанного суицидального плана и реальных возможностей для его выполнения является одним из наиболее важных признаков, указывающих на высокую вероятность совершения самоубийства, и требует незамедлительного оказания специализированной помощи индивиду.

Суицидальные мысли не присутствуют в сознании человека постоянно, они возникают эпизодически, под влиянием

провоцирующих стимулов и ситуаций. Возникновению суицидальных мыслей обычно предшествуют негативные эмоциональные переживания, такие как чувства безнадежности и тоски.

Этапы суицидального поведения

В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы: пресуицидальный этап, этап реализации суицидальных намерений и постсуицидальный этап — в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом (рис. 1).

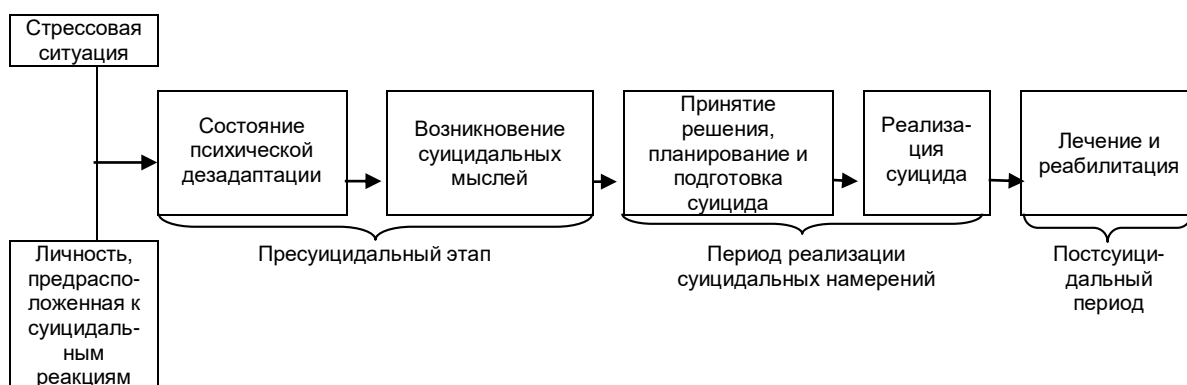


Рис.1. Этапы суицидального поведения

Пресуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде. Этап *реализации суицидальных намерений* включает планирование предстоящего суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий. Наконец, *постсуицидальный* период охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки.

Необходимо отметить, что суициды чаще совершаются лицами, в анамнезе которых выявляются признаки предрасположенности к суицидальному реагированию.

Предрасположенная личность попадает под воздействие психотравмирующей ситуации или целого ряда психотравмирующих факторов. Обычно в качестве психотравмирующих ситуаций, способствующих суицидальному поведению, выступают ситуации социального отвержения (разрыв отношений с близким человеком),

утраты (смерть близкого человека) и ситуации, связанные с невозможностью соответствовать собственным высоким стандартам.

В качестве реакции на психотравмирующую ситуацию у индивида развивается состояние психической дезадаптации. Как пишет известный отечественный суицидолог А.Г.Амбрумова, суицидальное поведение возникает в результате социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого межличностного или внутриличностного конфликта. При этом у разных личностей возникающее дезадаптивное состояние может принимать различные формы. У одних в психотравмирующей ситуации преобладают переживания безысходности и тоски, у других - растерянности и тревоги, у третьих - гнева и отчаяния. По мере того как психотравмирующая ситуация не находит разрешения, состояние психической дезадаптации продолжает усиливаться и нарастать. На высоте болезненных переживаний у индивида появляются суицидальные мысли, которые носят сначала пассивный, затем активный характер, когда он начинает активно обдумывать возможность суицида как способа избавления от невыносимых переживаний, выхода из сложившейся психотравмирующей ситуации.

Пресуицидальный период, когда человек вынашивает идеи о самоубийстве, может иметь различную длительность, что определяется как динамикой самой психотравмирующей ситуации, так и личностными особенностями суицидента. С принятием решения о самоубийстве заканчивается пресуицидальный этап и начинается этап реализации суицидальных намерений. На этом этапе суицидент осуществляет планирование предстоящих действий, выбирает подходящий способ самоубийства, обдумывает наилучшее место и время для самоубийства. В предвосхищении суицида он совершает необходимые действия, например, прощается с близкими (которые обычно не догадываются о его намерениях), отдает долги, пишет предсмертную записку и после этого реализует суицид.

Мотивация суицидального поведения

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.

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».

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).

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 чувства стыда и вины за совершенный поступок.

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).

Факторы суицидального риска

Широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биологические, психолого-психиатрические и социально-средовые факторы суицидального риска (табл.1).

Таблица 1

Факторы суицидального риска

Факторы суицидального риска		
Биологические	Психолого-психиатрические	Социально-средовые
1. Наличие суицидов среди биологических родственников 2. Аномалии серотонин-ергической системы мозга	1. Наличие психического заболевания (депрессия, шизофрения, алкогольная зависимость, расстройства личности). 2. Индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению. 3. Суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом	1. Стрессовые события (смерть близкого человека, физическое или сексуальное насилие и др.). 2. Определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянного места работы и др.). 3. Доступность средств суицида

Биологические и генетические 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 двояйцевые 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. Суицидальные тенденции обнаруживаются примерно у половины пациентов с клинической депрессией, при этом интенсивность суицидальных переживаний тесно связана с тяжестью депрессивного состояния. С суицидальными мыслями наиболее тесно связаны такие проявления депрессии, как чувство безнадежности и беспомощности, чувство вины, утрата интересов и заниженная самооценка. Суицидальные попытки часто совершаются депрессивными больными на фоне лечения антидепрессантами, особенно в начале и конце депрессивной фазы, что связано с активирующим эффектом препаратов.

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). В то время как больные депрессией и шизофренией чаще совершают суициды на ранних этапах развития заболевания, самоубийства больных алкоголизмом, как правило, происходят спустя многие годы после развития болезни. Суицидальное поведение обычно развивается на фоне распада семейных отношений, социальной изоляции, безработицы, серьезных проблем со здоровьем и других неблагоприятных факторов, обусловленных хронической алкоголизацией больных.

Психическим заболеванием, значительно повышающим риск самоубийства, также является *психопатия*, или *расстройство личности*. По данным отечественных авторов, на долю психопатических личностей приходится от 20 до 40% суицидальных попыток. По данным американских исследователей, личностные расстройства диагностируются примерно у 30% лиц, погибших в результате суицида, и у 40% лиц, совершивших попытки самоубийства. Наибольший риск суицидального или парасуицидального поведения отмечается у психопатических личностей возбудимого круга, пациентов с эмоционально неустойчивым (импульсивный и пограничный типы) и диссоциальными расстройствами личности. Установлено, что 69-75% психопатических личностей данного типа совершают акты самоповреждения и суицидальные попытки; для этих категорий пациентов характерны повторяющиеся акты самоповреждения и суицидальные.

Большое число работ посвящено выявлению *индивидуально-психологических особенностей*, предрасполагающих к суицидальному поведению. Согласно В.А. Тихоненко и Ф.С. Сафуанову, потенциально опасными в отношении суицида

оказываются следующие личностные характеристики: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность суждений, склонность к «черно-белым» оценкам), низкий уровень коммуникативных способностей, неадекватная самооценка (заниженная, лабильная или завышенная), ограниченный репертуар копинг-стратегий и неразвитость психологических защит. Зарубежные исследователи кроме того выделяют такие психологические характеристики, повышающие уровень риска суицида, как высокая импульсивность, склонность к дихотомическому мышлению, ригидность эмоциональных и когнитивных процессов и низкий уровень способности к решению межличностных проблем.

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.

Многочисленные исследования подтвердили отмеченные еще Э. Дюркгеймом факты, что *семейное положение и трудовая занятость* являются важными социальными характеристиками, влияющими на риск самоубийства. Изучение связи между семейным положением и самоубийствами показало высокий уровень самоубийств среди одиноких или никогда не вступавших в брак людей, еще более высокий - среди тех, кто овдовел, и самый высокий - среди людей, которые пережили развод или разрыв семейных отношений. Установлено, что уровень суицидов выше среди безработных, чем среди работающих лиц. По некоторым данным, на показатели самоубийств оказывает влияние характер профессиональной деятельности (например, неквалифицированные рабочие чаще совершают суициды, чем служащие), однако эти сведения носят противоречивый характер и не учитывают психических заболеваний, которые могли отмечаться у обследованных лиц.

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.

Особенности суицидального поведения детей и подростков

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 имеет отягощенный 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.

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.

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».

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.

Группы риска суицидального поведения

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, осложнят 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.

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста (А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, 1985)

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.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в *специфике суицидальных действий*, среди которых выделяются следующие:

1. *Самоповреждения*. Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии. В анамнезе - воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего - эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений - злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

2. *Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом*. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидный и возбудимый типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников - дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей - нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально.

Если ситуация подобным образом не разрешается - возможен повтор.

3. *Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией.* Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате - демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

4. *Суициды с мотивацией самоустранения.* Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сенситивная акцентуации, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастение. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде - страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

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.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

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

Организация 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 завершенных 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.

Последние исследования со всей определенностью показали: люди желают совершить самоубийство в течение относительно короткого промежутка жизни. Для того чтобы предоставить потенциальным самоубийцам эффективное убежище, пока не исчезнут разрушительные импульсы, организуются Центры профилактики самоубийств. Они являются местом, куда отчаявшемуся человеку можно обратиться.

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.

Первый центр по предупреждению самоубийств был организован в 1948 г. в Вене, в 1953 г. суицидологическая служба появилась в Лондоне. В настоящее время в США имеется более 200 центров по профилактике самоубийств, в Англии – более 100, и их число продолжает расти.

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.

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

Организация суицидологической помощи – это система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи больным 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.

К работе привлекаются врачи-психиатры, врачи-психотерапевты или медицинские психологи, прошедшие специализацию по суицидологии и имеющие стаж работы в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь.

В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или абонент находится в остром психосоматическом состоянии, при котором оставление его без психиатрической помощи может существенно ухудшиться его состояние и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно, консультант принимает меры по установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу-психиатру, в милицию.

В остальных случаях консультант, сохраняя тайну беседы, не просит у абонента сведения о его месте пребывания и паспортных данных.

Консультант может дать совет абоненту обратиться в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет поликлиники, кабинет социально-психологической помощи, в отделение кризисных состояний, в юридическую консультацию и иные учреждения.

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 пациентам психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья.

Показаниями для консультирования и наблюдения, независимо от места проживания, прописки в гражданстве пациентов являются:

- патологические и непатологические ситуационные реакции;
- психогенные и невротические депрессии, реакции и развития;
- психопатические реакции и декомпенсации психопатия;
- патохарактерологические развития личности.

Социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Больные с

тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

В кабинете ведется учетность и 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

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
Задачи:	Задачи:	Задачи:

1. Профилактика алкоголизма, наркомании 2. Диагностика групп суицидального риска 3. Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди населения 4. Коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия 5. Информирование населения о деятельности психологических служб 6. Развитие служб «Телефона доверия» и «Телефона здоровья»	1.Создание сети суицидологических учреждений 2.Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса 3.Диагностика ситуаций повышенного риска парасуицида 4.Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения 5.Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, а также методов коррекции деструктивных личностных установок	1. Организация механизма реабилитационного процесса 2. Диагностика восстановительного потенциала (благоприятствующих реабилитации факторов) «выживших жертв суицида» 3. Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер культуры, досуга, трудоустройства, социального обеспечения и т.д. 4. Коррекция семейных взаимоотношений 5. Профессиональная реабилитация
---	---	---

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.

Содержание деятельности по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних

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

1. 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 учреждения.

Кадровое обеспечение:

- обеспечение кадрами, осуществляющими профилактическую работу;
- повышение квалификации кадров по проблеме.
- включение в повестку советов, совещаний, семинаров вопросов совершенствования технологий сопровождения развития учащихся 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 учащихся 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.

Диагностика суицидального риска у несовершеннолетних

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.

ОПРОСНИК СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА (ОСР) (модификация Т.Н. Разуваевой)

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

Методика применяется в случае, если на основе предшествующего наблюдения (исследования) была выявлена высокая вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой взрослый должен проявить максимум внимания и сочувствия.

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

Текст опросника

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. Ответу «да» начисляется 1 балл. Количество утверждений по каждому фактору принимается за 100%. Количеств баллов переводится в проценты. Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

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

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 ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА (И.А. Погодин)

Предлагаемая методика призвана способствовать психологам, социологам, врачам в установлении степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в тяжелых жизненных ситуациях. Вместе с тем ее могут использовать педагоги, работники социальных и правоохранительных органов для подтверждения своих выводов о людях, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях жизненного кризиса или в пресуицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Достоверность методики повышается с расширением источников информации и способов изучения личности.

На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам свободной беседы с ним постарайтесь отметить наличие выраженности у него перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора поставьте его условный «вес» в соответствии с таблицей. Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11—31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены — +0,5; если не выявлены — 0; если фактор отсутствует, ставится -0,5. «Вес» факторов 5—7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1—4, 10 от -0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7—10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8, риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинко-психологическое обследование этого индивида.

Карта риска суицидальности

Изучаемые факторы:

- I. Данные анамнеза
 1. Возраст первой суицидальной попытки — до 18 лет.
 2. Ранее имела место суицидальная попытка.
 3. Суицидальные попытки у родственников.
 4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
 5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
 6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
 7. Начало половой жизни — 16 лет и ранее.
 8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
 9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
 10. В анамнезе имел место развод.
- II. Актуальная конфликтная ситуация
 11. Ситуация неопределенности, ожидания.
 12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
 13. Продолжительный служебный конфликт.

14. Подобный конфликт имел место ранее.
 15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
 16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
 17. Чувство обиды, жалости к себе.
 18. Чувство усталости, бессилия.
 19. Высказывания с угрозой суицида.
- III. Характеристика личности
20. Эмоциональная неустойчивость.
 21. Импульсивность.
 22. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов.
 23. Доверчивость.
 24. Эмоциональная вязкость, неподвижность.
 25. Болезненное самолюбие.
 26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
 27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
 28. Настойчивость.
 29. Решительность.
 30. Бескомпромиссность.
 31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

Характеристика наличия факторов	Номера факторов		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Отсутствует (фактор)	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо выражен	+0,5	+1,0	+1,5
Присутствует	+1,0	+2,0	+3,0
Наличие не выявлено		0	0

МЕТОД НЕЗАКОНЧЕННЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

При использовании **метода незаконченных предложений** подростку предлагается продолжить следующие предложения:

Завтра я...

Когда я закончу школу...
 Наступит день, когда...
 Я хочу жить потому, что...

При обработке результатов следует обращать внимание на наличие или отсутствие осознанного стремления к сохранению жизни.

МЕТОДИКА «КАРТА РИСКА СУИЦИДА» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)¹

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

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>А — 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

¹ Школьный психолог, 2009. - №21.

4. Внутриличный 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
<i>III. Характеристика личности</i>			
<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

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.

ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная превенция 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 замышляешь 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?» Потенциальному самоубийце 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 обоснованны: 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 придет 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.

Для испытывающих суицидальные тенденции возможным помощником может оказаться священник. Уильям Джеймс считал суицид религиозным заболеванием, излечить которое может вера. Многие священнослужители являются превосходными консультантами — понимающими, чуткими и достойными доверия. Но есть среди них и такие, которые не подготовлены к кризисному вмешательству. Морализированием и поучающими банальностями они могут подтолкнуть прихожанина к большей изоляции и самообвинениям.

Надежным источником помощи являются семейные врачи. Они обычно хорошо информированы, могут правильно оценить серьезность ситуации и направить человека к знающему специалисту. Вначале же, пока пациент не получил квалифицированной помощи, семейный врач может назначить ему препараты для снижения интенсивности депрессивных переживаний.

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. В этом случае об отчаявшемся не говорят «пациент». Все члены семьи получают поддержку, высказывают свои намерения и огорчения, конструктивно вырабатывая более комфортный стиль совместной жизни. Наряду с конструктивным снятием эмоционального дискомфорта при семейной терапии могут быть произведены персональные изменения в окружении. Иногда единственной альтернативой помощи суициденту, если ситуация оказывается безнадежной, становится госпитализация в психиатрическую больницу. Промедление может быть опасным;

госпитализация может принести облегчение как больному, так и семье. Тем не менее, больницы, конечно, не являются панацеей. Самоубийство может быть совершено, если больному разрешат навестить домашних, вскоре после выписки из больницы или непосредственно во время лечения. Исследования показали, что существенным является то, как суициденты воспринимают ситуацию интернирования. Не рассматривают ли они больницу как «тюрьму», в которую заточены? Установлено, что те, кто негативно относится к лечению в психиатрическом стационаре, обладают наивысшим суицидальным риском при поступлении и выписке из больницы. Кроме того, известно, что наиболее склонные к саморазрушению относятся к своему кризису очень лично, а не как к какому-то расплывчатому состоянию. Они реагируют на актуальные проблемы яростными, гневными поступками, направленными на значимых людей, а потом в качестве расплаты переносят неистовство на себя. Из-за длительных неудач в налаживании контактов они смотрят на семьи как на негативных «других». После выписки из больницы имеющие высокий суицидальный риск очень плохо приспосабливаются к жизни в окружении. Некоторые из них в дальнейшем кончают с собой, другие повторяют суицидальные попытки, в результате чего вновь попадают в больницу.

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.

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ, ЕСЛИ РЕБЕНОК СОВЕРШИЛ СУИЦИД?

- 1. В СЛУЖБУ ЭКСТРЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ТЕЛ. 112 ИЛИ 03**
- 2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В ПРОФИЛЬНЫХ
ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.**
- 3. ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО
ОБРАТИТЬСЯ:**

ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ

**8-800-2000-122 с единым общероссийским номером.
Звонок бесплатный и анонимный.**

**Позвонить можно с любого стационарного или мобильного
телефона.**

**К общероссийскому номеру подключены телефоны в
Иркутской области:**

**(83952)24-00-07 – круглосуточно,
8-800-350-40-50- круглосуточно.**

**Телефон доверия экстренной психологической и
психотерапевтической помощи:**

**(83952)24-00-09
(83952)24-00-07**

Рекомендуемая литература

1. Акопян, К.З. Самоубийство: проблема мотивации (размышления в связи с психологическим этюдом Н.А. Бердяева «О самоубийстве» // Психологический журнал, 1996. - №3.
2. Амбрумова, А.Г., Бородин, С.В., Михлин, А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980.

3. Амбрумова, А.Г., Вроно, Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1985. - № 10. – С. 1557-1561.
4. Амбрумова, А.Г., Вроно, Е.М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1983. - № 10. – С. 1544-1548.
5. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980.
6. Амбрумова, А.Г., Тихоненко, В.А. Профилактика суицидального поведения. – М., 1980.
7. Бадьина, Н.П. Преодоление последствий психической травмы у детей и подростков: Методические рекомендации для педагогических работников. – Курган, 2005.
8. Бердяев, Н.А. О самоубийстве (психологический этюд) // Психологический журнал, 1992. - № 1-2.
9. Ворсина, О.П., Симуткин, Г.Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. - Томск: Издательство «Иван Федоров», 2013.
10. Голант, М., Голант, С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помогите себе - помогите другому. – М.: Институт психотерапии, 2001.
11. Дюркгейм, Э. Самоубийство. Социологический этюд. – СПб., 1998.
12. Ефремов, В.С. Основы суицидологии. – СПб., 2004.
13. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб., 2006.
14. Зотов М.В., Петрукович, В.М. Сысоев, В.Н. Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал». – СПб.: Иматон, 2003.
15. Литвак, М.Е., Минович, М.О. Как преодолеть острое горе. – Ростов-на-Дону: Феликс, 2000.
16. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации у подростков. – Л., 1977.
17. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000.
18. Моховиков, А.Т. Телефонное консультирование. – М., 1999.
19. Погодин, И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. – М., 2008.
20. Пурич-Пейакович, Й., Дуньич, Д. Й. Самоубийство подростков. – М.: Медицина, 2000.
21. Синягин, Ю.В. Ключ от сейфа по имени «другой». – Ульяновск, 1996.
22. Синягин, Ю.В., Митина М.Н. Особенности назначения и проведения судебно-психиатрических экспертиз детского суицида. – М., 1994.
23. Синягин, Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид: психологический взгляд. – СПб., 2006.
24. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М., 2005.
25. Суицид: Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996.
26. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001.
27. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии травматического стресса. – СПб., 2001.
28. Трегубов Л., Вагин, Ю. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993.
29. Фромм, Э. Антология человеческой деструктивности. - М., 1994.

30. Шнейдер, Л.Б. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога / Школьный психолог, 2002. - №№11-24.
31. Шнейдман, Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психиатрии // Суицид: Хрестоматия по суицидологии. – Киев, 1996. – С. 177-182.
32. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы. – М., 2001.
33. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. – М., 2005.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	3
I. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	7
1.1. Основные понятия суицидологии	7
1.2. Суицидальные мысли и побуждения.....	8
1.3. Этапы суицидального поведения	9
1.4. Мотивация суицидального поведения	11
1.5. Факторы суицидального риска	12
1.6. Особенности суицидального поведения у несовершеннолетних.....	18
II. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	23
2.1. Российский и международный опыт социально-психологической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению	23
2.2. Содержание деятельности по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних	28
2.3. Диагностика суицидального риска у несовершеннолетних.....	32
2.4. Психологическая помощь несовершеннолетним с суицидальным поведением.....	53
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	54