



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
(Депздрав Югры)**

**УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ И СЛУЖБЫ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ**

ул. К. Маркса 32, г. Ханты-Мансийск,
Ханты-Мансийский автономный
округ-Югра (Тюменская область) 628011,
тел. (3467) 351-600, 351-604 факс: 33-16-71

07/Департамент здравоохранения АО



432199 980106

№ 07-Иск-20660

от: 27/11/2015

Председателям территориальных
комиссий по делам
несовершеннолетних и защите их прав
муниципальных образований
Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры
(по списку)

Уважаемые коллеги!

Во исполнение поручения, определенного пунктом 3 постановления Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 31 августа 2015 года № 16, направляем разработанные специалистами казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер» методические рекомендации «Раннее выявление склонности суицидального поведения у несовершеннолетних» (приложение) и предлагаем использовать в работе специалистами учреждений системы профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних (образовательных организаций, организаций социального развития, медицинских организаций и др.) по раннему выявлению признаков суицидального поведения у несовершеннолетних.

Приложения на 25 л. в 1 экз.

И.о. заместителя
начальника управления

Р.А.Шевелева

Исполнители:
начальник отдела медицинской реабилитации
Департамента здравоохранения автономного округа
Шевелева Римма Алексеевна, тел. 8 (3467) 960-115;
Педагог-психолог кабинета медицинской профилактики
КУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский КПНД»
Шарыпова Ольга Анатольевна, тел. 8(3467)393-257

Администрация Кондинского рай
№ 08-22-9069/15-0-0
от 27.11.2015



Список рассылки
председателям территориальных комиссий по делам
несовершеннолетних и защите их прав муниципальных образований
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
письма № 01.09-Исх-КДН-___ от «___» ноября 2015 года

1. Сокол Наталья Владимировна – председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Белоярского района (628 161, г. Белоярский, ул. Центральная, 9).
2. Чечеткина Ирина Викторовна – председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Березовского района (628 140, г.п. Березово, ул. Астраханцева, д. 54).
3. Подвильов Сергей Викторович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Когалым (628 486, г. Когалым, ул. Дружбы народов, 7).
4. Першина Вера Владимировна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Кондинского района (628 200, Кондинский район, п. Междуреченский, ул. Титова, д. 21).
5. Омельченко Ирина Геннадьевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав города Лангепаса (628 672, г. Лангепас, ул. Ленина, 35).
6. Тюляева Елена Николаевна – председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Мегион (628 680, г. Мегион, ул. Нефтяников, дом 8).
7. Михалева Светлана Евгеньевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Нефтеюганск (628 309, г. Нефтеюганск, 2 микрорайон, дом 25).
8. Михалев Владлен Геннадьевич - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Нефтеюганского района (628 309, г. Нефтеюганск, 3 микрорайон, дом 21).
9. Левкин Сергей Анатольевич - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Нижневартовск (628 602, г. Нижневартовск, ул. Таежная, 24).
10. Липунова Оксана Васильевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Нижневартовского района (628 616, г. Нижневартовск, ул. Ленина, 6).
11. Ямашев Иван Петрович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Нягань (628 186, г. Нягань, ул. 30 лет Победы, д. 8).

12. Галеева Татьяна Григорьевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Октябрьского района (628 100, Октябрьский район, пгт. Октябрьское, ул. Калинина, д. 39).
13. Гвоздь Галина Дмитриевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Покачи (628 661, г. Покачи, ул. Мира, 8/1).
14. Бойко Виталий Петрович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Пыть-Ях (628 380, г. Пыть-Ях, 1 микрорайон, дом 18 «а»).
15. Осипенко Юрий Викторович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Радужный (628 462, г. Радужный, 3 микрорайон, дом 3 «а»).
16. Митрофанова Наталья Алексеевна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Советского района (628 240, г. Советский, ул. 50 лет Пионерии, д. 10).
17. Пелевин Александр Рудольфович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Сургут (628 408, г. Сургут, ул. Энгельса, д. 8).
18. Жиденко Иван Семенович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Сургутского района (628 412, г. Сургут, ул. Энгельса, д. 10).
19. Круглова Светлана Вячеславовна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Урай (628 285, г. Урай, 2 микрорайон, д. 60).
20. Черкунова Ирина Александровна – председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Ханты-Мансийск (628 011, г. Ханты-Мансийск, ул. Дзержинского, 6).
21. Гончаренко Вячеслав Михайлович - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Ханты-Мансийского района (628 011, г. Ханты-Мансийск, ул. Гагарина, д. 214).
22. Долгодворова Татьяна Ивановна - председатель территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав город Югорск (628 260, г. Югорск, ул. 40 лет Победы, 11).

Методические рекомендации

Раннее выявление склонности суицидального поведения у несовершеннолетних

Составители:

*Главный внештатный специалист по детской психиатрии,
заведующий диспансерным отделением, врач-психиатр
Константин Алексеевич Ковалев*

*Заведующий кабинетом медицинской профилактики, врач-психиатр
Александр Владимирович Терентьев*

*Педагог-психолог кабинета медицинской профилактики
Ольга Анатольевна Шарыпова*

Рецензент:

*Заместитель главного врача по поликлинической работе, врач-психотерапевт,
кандидат медицинских наук
Ростислав Михайлович Щербич*

В методических рекомендациях анализируются особенности суицидального поведения детей и подростков (мотивы, факторы, причины); даны необходимые сведения о стратегии профилактики суицидального поведения (оценка степени риска, диагностические методики).

Общая концепция изложения материала способствует формированию практических навыков для работы с лицами из группы суицидального риска, что является необходимым элементом профессиональной деятельности работников различных сфер. В методических рекомендациях даны необходимые сведения в части профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних.

Методические рекомендации предназначены для работников системы здравоохранения, социальной защиты, образования, в т. ч. классных руководителей, социальных педагогов, кураторов студенческих групп, педагогов-психологов, родителей учащихся.

Введение

В последние годы особое внимание уделяется проблеме суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте. Частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий увеличилась. Это связано с неуклонным ростом суицидальной активности молодежи (Корнетов А.Н., 1999). По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире самоубийство входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти в возрастной группе лиц от 15-19 лет (Бертолите Х.М., 2006; Круг Э.Г., 2003; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007). Как известно, суицид занимает третье место в классификации причин смертности среди населения (после онкологических болезней и заболеваний сердца). В соответствии с прогнозом ВОЗ, в 2020 году приблизительно 1,5 миллиона людей во всем мире может погибнуть по причине самоубийства.

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

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

Некоторые специалисты пишут о том, что в 10 % суицидальное поведение имеет цель покончить собой, и в 90 % мотив суицидального поведения подростка – это привлечение к себе внимания (Бертолите Х.М., 2006). Более глубокое изучение данной проблемы свидетельствует, что при каждой повторяющейся попытке риск смерти возрастает, а суицидальный акт в таких случаях «лучше» подготовлен и менее импульсивен (Vedrinne J.,

1995). Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних показывает, что большинство самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, обусловлено боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих (Корнетов А.Н., 1999; Розанов В.А., Моховиков А.Н., 2007).

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что в ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Суицидальное поведение у детей и подростков отличается естественным возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывалось гневом, протестом, агрессией или желанием наказать себя и других.

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

Самоубийство подростка - чаще всего рассматривается как результат того, что «крик о помощи» не был услышан вовремя. Но, кроме того, - это поступок, при помощи которого юноша или девушка пытается привлечь к себе внимание. Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито и импульсивно реагируют на события, чем люди из других возрастных групп. Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида.

В данном методическом пособии представлен практический материал, способствующий раннему выявлению склонности несовершеннолетних к суицидальному риску.

Мотивы и причины суицидального поведения у детей и подростков.

Дети и подростки предельно экстремальные, тревожные, настораживающие, требующие пристального внимания со стороны взрослых. К основным причинам суицидального поведения несовершеннолетних относят:

- Переживание эмоций обиды, одиночества, отчужденности и непонимания (безразличие окружающих, черствость).
- Действительную или мнимую утрату любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
- Конфликты с родителями, внутрисемейные конфликты, обусловленные неблагополучием в семье в связи с пьянством родителей, разводом, жестоким отношением к ребенку, психологическим и физическим насилием.
- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
- Боязнь позора, насмешек или унижения (неуспехи в учебе, низкий уровень школьной адаптации).
- Страх наказания, нежелание извиниться.
- Любовные неудачи (неразрешимые проблемы любовного содержания, отсутствие взаимопонимания или ответного чувства со стороны представителей другого пола), сексуальные эксцессы, незапланированная беременность.
- Чувство мести, злобы, протеста; переживание угрозы или вымогательства.

- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
- Сочувствие или подражание товарищам, героям из книг или фильмов - моделирование, имитационное поведение.
- Проблемы взаимоотношений с друзьями (конфликты со сверстниками и друзьями) и учителями (бестактное поведение отдельных педагогов, конфликты с учителем).
- Употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотических веществ)- аддиктивное поведение.
- Трудности, связанные со школой, страх перед экзаменом (боязнь ЕГЭ, низкий уровень сдачи экзамена).
- Низкая самооценка, трудности самоопределения, прессинг успеха (поступление в вуз, получение престижной профессии).
- Религиозные мотивы.

Особенности суицидального поведения подростков и молодежи

Специалисты считают, что суицидом подросток пытается изменить обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти от травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», нередко это «акт отчаяния».

Кроме того, существуют *особенности личности*, не позволяющие подростку адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым, при определенном стечении обстоятельств, предрасполагают к суициду:

- неумение найти способы удовлетворения своих потребностей и желаний;
- отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкая сопротивляемость стрессу;
- общее отрицательное отношение к авторитетам, миру взрослых (недоверие к тем, кто стремится им помочь (близким, врачам, психологам);
- эмоциональная нестабильность (а также неумение ослабить эмоциональное напряжение);
- повышенная внушаемость;
- бескомпромиссность;
- отсутствие навыков конструктивного решения проблемы.

Вместе с тем специалисты выделяют *механизмы, формирующие суицидальное поведение* подростков. Среди них *эгоцентризм* (мир подростка большей частью состоит из него самого; когда ребенок попадает в тяжелые жизненные условия, то начинает переживать, страдать, замыкаться в себе - эгоцентризм здесь приобретает характер отрицания себя), и *аутоагрессию* (в подростковом возрасте уровень агрессии повышается, а если формируется негативное отношение к себе, то агрессия направляется на самого себя), и *пессимистическую установку*. Кроме того, в подростковом возрасте еще не до конца сформированы (или слабо сформированы) жизненные цели, ценности, установки. При отсутствии таких ценностей и недостатка жизненного опыта идея «уйти из жизни» может стать доминирующей.

Специалисты выделяют ряд *особенностей суицидального поведения* в молодом возрасте.

Прежде всего, детям свойственны повышенная впечатлительность и внушаемость, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности в случаях нереализации потребностей. Специалисты говорят о том, что подростки зачастую не разделяют того, что они хотят, от того, что хотят от них другие.

Кроме того, детям и подросткам присуща недостаточно адекватная оценка последствий своих действий. Понятие «смерть» в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие о смерти для большинства детей не является пугающим событием.

В *дошкольном возрасте* дети не считают смерть концом жизни, а воспринимают ее как временное явление, подобное сну или отъезду.

В младшем школьном возрасте дети думают, что смерть невидима и, чтобы остаться незамеченной, «она ночью прячется». Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой.

Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода.

Именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя, (телевидение, интернет, подростковые субкультуры). Подросткам свойственна повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки. Сильные переживания вызывают у детей и подростков самоубийство брата или сестры (родители настолько поглощены горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают и в целях привлечения внимания родителей могут повторить суицидальный поступок близких).

Одной из особенностей суицидального поведения детей и подростков является несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев подростковых самоубийств.

Еще одной особенностью суицидального поведения подростков является наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д. Кроме того, возникновению суицидального поведения способствует наличие депрессивных состояний

Отечественный врач-психиатр Е.М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «Н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «Б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью.

Вместе с тем, в подростковом возрасте ребенок старается доказать свою самостоятельность, независимость, проявляет оппозиционное поведение по отношению к взрослым. К сожалению, такая оппозиционность и стремление доказать свою самостоятельность могут проявляться в попытках самоубийства.

Кроме того, еще одной причиной суицидального поведения подростков специалисты считают различного рода зависимости: от алкоголя, наркотиков, компьютерных игр или интернета.

Влияние сети интернет на суицидальное поведение неоднозначно. Это отмечают, в том числе и зарубежные исследователи. В сети интернет существуют как сайты с материалами, которые способствуют осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, так и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. Подростки могут получить практически неограниченную информацию о способах и видах самоубийств, а также имеют возможность найти единомышленников в социальных сетях. Такие сайты подвергаются критике как среди специалистов, так и в средствах массовой информации, в связи с тем, что они могут вызвать эпидемию суицидов и членовредительства. В интернете появляется всё больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. В 2008 году британские медики провели исследование, которое показало, что поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства.

Вместе с тем, зарубежные исследователи признают положительное влияние некоторых сайтов на подростков и молодежь, т.к. они помогают снять напряжение, дать «выход негативным эмоциям». Кроме того, на некоторых сайтах посетителям рекомендуют обратиться в кризисной ситуации за профессиональной помощью в соответствующие службы.

Подростки группы риска. Симптомы суицидальных намерений. (на что следует обращать внимание в поведении ребенка).

Задумывающиеся о самоубийстве подростки несмотря на то, что их переполняет чувство безнадежности и безысходности, могут неосознанно «сигнализировать» окружающим о своих намерениях. Подоплека всех их действий такова, чтобы найти кого-нибудь, кто принесет им чувство облегчения и безопасности. Необходимо быть внимательными к этим «знакам», чтобы не упустить возможность предотвратить формирующееся суицидальное поведение. Такими знаками предостережения могут выступать:

-высказывания о нежелании жить: «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться», «Хорошо бы заснуть и не проснуться», «Мне нельзя помочь», «Скоро все закончится», в т.ч. шутки, иронические замечания о желании умереть, о бессмысленности жизни;

-фиксация на теме смерти в литературе, живописи, музыке; частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида (например, в интернете);

-активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);

-сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное); косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку;

-раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадежности, отчаяния, чувства одиночества («меня никто не понимает и я никому не нужен»), сложность контролирования эмоций;

-негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего, потеря перспективы будущего;

-постоянное сниженное настроение, тоскливость, ощущение вины перед окружающими;

-необычное, нехарактерное для данного ребенка поведение (более безрассудное, импульсивное, агрессивное; несвойственное стремление к уединению, снижению социальной активности у общительных детей, и наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых); возможное злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;

-стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;

-снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;

-символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющих большую личную значимость;

-попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии другихстораживающих признаков).

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессивным расстройством, необходимо обращать внимание на его типичные симптомы:

• сниженное настроение более 2 недель, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;

• вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;

• снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась;

• поглощенность темой смерти;

• постоянная скука;

• социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;

• пропуск школы и снижение успеваемости за определенный период;

• деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;

• чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;

- повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалу и награды;
- повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
- значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита).

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков указывает на то, что у ребенка может быть депрессия и ему нужна помощь врача-психиатра.

Существует также ряд ситуаций, которые являются стрессовыми. Например, смерть близкого или любимого человека; сексуальное насилие; денежные долги; совершенное преступление или предательство; нежелательная беременность; получение тяжелой травмы или болезни; шантаж; сексуальная неудача; измена партнера и т.д.

Также к группе риска относятся подростки:

- находящиеся в сложной семейной ситуации (болезненный развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающие серьезные проблемы в учебе;
- не имеющие друзей, устойчивых интересов, хобби;
- склонные к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесшие тяжелую утрату;
- остро переживающие несчастную любовь (разрыв высокозначимых любовных отношений);
- имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо сами пытавшиеся покончить с собой);
- употребляющие алкоголь, психоактивные вещества;
- имеющие недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершившие уголовно наказуемый поступок (характеризующиеся криминальным поведением) или ставшие жертвой уголовного преступления (в т.ч. насилия);
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Характерные признаки суицидального поведения.

Если подросток задумал серьезно совершить самоубийство, то обычно об этом нетрудно догадаться по ряду характерных признаков, которые можно разделить на 3 группы: словесные, поведенческие и ситуационные.

Вербальные признаки: подросток, готовящийся совершить самоубийство, часто говорит о своём душевном состоянии:

1. прямо говорит о смерти: «Я собираюсь покончить с собой», «Я не могу так дальше жить»;
2. косвенно намекает о своём намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придётся обо мне волноваться»;
3. много шутит на тему самоубийства;
4. проявляет нездоровую заинтересованность вопросами смерти.

Поведенческие признаки подросток может:

1. раздавать другим вещи, имеющие большую личную значимость, мириться с давними врагами;
2. демонстрировать радикальные перемены в поведении, такие как:
 - в еде - есть слишком мало или слишком много;
 - во сне - спать слишком мало или слишком много;
 - во внешнем виде - стать неряшливым;
 - в школьных привычках - пропускать занятия, не выполнять домашние задания, избегать общения с одноклассниками, проявлять раздражительность, угрюмость, находиться в подавленном настроении;

- замкнуться от семьи и друзей;
- быть чрезмерно деятельным или наоборот безразличным к окружающему миру; ощущать попеременно то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния;

3. проявлять признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

Ситуационные признаки ребенок может решиться на самоубийство, если:

1. социально изолирован, чувствует себя отверженным;
2. живёт в нестабильном окружении (серьёзный кризис в семье; алкоголизм или другая «зависимость» близких; личная или семейная проблема);
3. ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального;
4. предпринимал раньше попытки самоубийства;
5. имеет склонность к суициду вследствие того, что он совершился кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
6. перенёс тяжёлую потерю (смерть кого-то из родных, развод родителей).

Для подростков, склонных к самоубийству, характерны: высокая внушаемость и стремление к подражанию. Поэтому, когда случается одно самоубийство, оно становится сигналом к действию для других, предрасположенных к этому подростков. Иногда небольшие группы ребят даже объединялись с целью создания некой субкультуры самоубийств («эпидемии самоубийств среди подростков»).

Риск суицидального поведения увеличивается в случае:

- Наличия предыдущей (незаконченной) попытки суицида.
- Наличия суицидальных попыток в семье.
- Алкогольной зависимости. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые часто предшествуют суициду.
- Употребления наркотиков и токсических препаратов. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию, вызывают психозы.
- Аффективных расстройств, особенно тяжелых депрессий.
- Хронических или смертельных болезней.
- Тяжелых утрат, например смерти родителя, особенно в течение первого года после потери.
- Лично-семейных конфликтов (развод, болезнь, одиночество, неудачная любовь, оскорбления со стороны окружающих, половая несостоятельность).
- Конфликтов, связанных с антисоциальным поведением, в том числе опасения уголовной ответственности; страха иного наказания или позора.
- Материально-бытовых трудностей.
- Конфликтов, связанных с учебной.

Суицидально опасная референтная группа

1. Молодежь: с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотическими веществами, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;
2. «Сверхкритичные к себе» личности.
3. Лица, страдающие от недавно испытанных чувств унижения или трагических утрат.
4. Подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.
5. Люди, страдающие от тяжелых болезней с неблагоприятным прогнозом или покинутые окружением.

Среди суицидентов различают две категории:

Первую из них составляют лица с низким уровнем социализации, для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, т.е. нарушения в сфере межличностных

отношений, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы. Психологический кризис, предшествующий суициду, характеризуется ситуационными реакциями *оппозиции* и *дезорганизации*. Человек нередко кончает с собой на высоте злобной агрессивной реакции. Суициденты этой категории и составляют основной контингент лиц, совершающих самоубийства.

Вторую группу составляют лица с достаточно высоким уровнем социализации. Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их в анамнезе не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм. Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд "девиантов". В генезе совершаемого ими суицида лежит прежде всего социально-психологическая дезадаптация. Эти лица психологически декомпенсированы и астенизированы, что связано с переживанием ими сложных конфликтов, для решения которых оказалось недостаточно их жизненного опыта, «личностных ресурсов». Психологический кризис в пресуицидальном периоде протекает в форме пессимистических ситуационных реакций, а также реакций эмоционального дисбаланса и демобилизации. Указанная категория совершает суициды, как отклонения социально-пассивного типа.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных компонента:

1. Актуальность конфликта.
2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.
3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 типа постсуицидальных состояний:

1. Критический.

- Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
- Суицидального мотива нет.
- Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность повторения - минимальная.

2. Манипулятивный.

- Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический.

- Конфликт по-прежнему актуален.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - раскаяние. Поиск иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4. Суицидально - фиксированный.

- Конфликт актуален.
- Суицидальные тенденции сохраняются.
- Отношение к суициду положительное.

По мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к психогенным влияниям, ликвидация психопатологической продукции.

Практика диагностического исследования суицидального поведения и суицидальных рисков детей и подростков

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов,

используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы:

1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;

2 - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида. Широкое распространение получили клинические опросники, которые, чаще используют в медицинской психологии и психотерапевтической практике.

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

Методическое обеспечение диагностического этапа работы

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

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. **Цветовой тест М. Люшера.** Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет. Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы +7+4 - «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

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

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

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

5. **Методика диагностики суицидального поведения Горской МВ.** Предназначена для подростков 16-17 лет.

6. **Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков** (АН. Волкова). Позволяет прогнозировать степень суицидального риска у подростков.

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

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

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

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

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

12. **Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е.** Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. Риск развития

саморазрушающего поведения характерен для неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным типами личности.

13. Опросник Басса-Дарки. Позволяет определить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызания совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

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

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

Диагностические признаки суицидального поведения.

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

2. Капризность. Каждый из нас время от времени хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют опасения, 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 к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание. Однако подобный призыв обычно даёт противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей. Агрессия и аутоагрессия взаимосвязаны.

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 со сниженной самооценкой или относящиеся к себе 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.

8. Изменение режима сна. В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в "сов".

9. Изменение успеваемости. Многие учащиеся, которые раньше учились на "хорошо" и "отлично", начинают прогуливать занятия в школе, 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. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

12. *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его поломке 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.

13. *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. Многие перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

14. *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 поддается. «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.

15. 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.

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

- «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!»

17. *Активная предварительная подготовка:* собирание отравляющих веществ, лекарств, боевых патронов, посещение кладбищ, частые разговоры о загробной жизни.

Рекомендации по проведению мероприятий в отношении предупреждения самоубийств. По содержанию различают несколько видов профилактических мероприятий:

• **информационно-обучающие:** распространение знаний (в школе среди педагогов, родителей и учеников, в СМИ) об особенностях суицидального поведения, способах

«самопомощи» при возникновении саморазрушающих мыслей, о работе «телефонов доверия» и иных служб;

- психологические: коррекционные действия при изменении личностных установок в отношении суицида, повышению уровня психологической защищенности, формированию «антисуицидального» барьера;

- медицинские: лечение психических расстройств, которые могут привести к самоубийству или аутоагрессии, устранение физических осложнений как результата суицидальной попытки;

- социальные: изменение социального статуса и условий жизни потенциальных самоубийц для предотвращения формирования суицидальной активности.

Большую роль в профилактике суицидального поведения играет социально-психологическая служба школы, одним из направлений деятельности которой должно стать выявление факторов риска суицидального поведения подростков посредством психологической диагностики.

По предотвращению самоубийств рекомендуется реализовывать образовательные программы для учащихся, педагогов и родителей, направленные на знание признаков кризисного состояния и возможного предотвращения суицида среди детей и подростков.

Мероприятия с учащимися:

1. Тренинги по обучению основам аутогенной тренировки и эмоциональной саморегуляции, социальным навыкам и умениям преодоления стресса.

2. Тренинги адаптивного поведения и уверенности в себе, выработки мотивации достижения успеха.

3. Тренинги личностного роста.

4. Психологическая коррекция пассивной стратегии избегания, повышение уровня самоконтроля.

5. Конференции, внутришкольные семинары, дебаты по обсуждению основных проблем подросткового возраста, которые могут привести к суицидам. К ним следует привлекать специалистов (врачей, психологов и др.), которые могут оказать консультативную помощь.

6. Классные часы, которые могут быть посвящены проблемам общения со сверстниками, конструктивным стратегиям выхода из конфликтных ситуаций, взаимоотношениям в семье, отношениям к самому себе (восприятие своих способностей, недостатков, внешнего вида и т.п.) с привлечением психолога.

Мероприятия для педагогов:

1. Педагогические советы с целью информирования педагогов об особенностях протекания кризиса подросткового возраста, особенностях личности суицидентов, причинах, приводящих к суицидам, возможных педагогических мерах по предотвращению суицидов в школе.

2. Совместные воспитательные мероприятия педагогов с учащимися по обсуждению актуальных для них проблем.

Мероприятия для родителей:

1. Родительские собрания с целью просвещения родителей об особенностях протекания кризиса подросткового возраста, проблемах взаимоотношений в семье, которые чаще всего приводят к суицидам, признаках проявления суицидального поведения подростков.

2. Совместные собрания родителей и детей по обсуждению проблем детско-родительских отношений.

3. Психологическое консультирование родителей по вопросам проблем взаимоотношений с детьми.

Рекомендации родителям по профилактике подростковых суицидов.

Что необходимо знать родителям детей и подростков:

Почему ребенок решается на самоубийство?

- нуждается в любви и помощи;
- чувствует себя никому не нужным;

- не может сам разрешить сложную ситуацию;
- накопилось множество нерешенных проблем;
- боится наказания;
- хочет отомстить обидчикам;
- хочет получить кого-то или что-то;

В группе риска - подростки, у которых:

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

Признаки суицида:

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

Что Вы можете сделать?

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

Чего нельзя делать?

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

Советы внимательным и любящим родителям:

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

Эти слова ласкают душу ребенка...

- Ты самый любимый!
- Ты очень много можешь!
- Спасибо!
- Что бы мы без тебя делали!

- Иди ко мне!
- Садись с нами!
- Расскажи мне, что с тобой? - Я помогу тебе...
- Я радуюсь твоим успехам!
- Чтобы ни случилось, твой дом - твоя крепость!
- Как хорошо, что ты у нас есть!

Рекомендации подросткам

Что необходимо знать детям и подросткам о суициде:

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

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

Кто совершает самоубийства? Почему? Каким образом?

Мы знаем, что тема суицида внушает страх. Страх этот может быть еще большим, если ты знаешь кого-то, кто предпринял попытку уйти из жизни или если тебе самому приходили в голову мысли о суициде. Мы знаем также, что суицид является запретной темой, о нем не принято говорить с родителями, учителями или друзьями.

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

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

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

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

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

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

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

Чтобы ценить жизнь, необходимо знать две основных вещи:

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

На наше поведение оказывают воздействие два основных принципа:

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

Если руководствоваться этими очень важными соображениями и ясно представлять себе их реальный, практический смысл, то можно чуть лучше разобраться, почему некоторые подростки хотят уйти из жизни. Ты увидишь так же, как дружеские забота и ласка умеют обнадеживать, гнать от себя мысли о самоубийстве.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- твои родители тебя хвалят;
- ты завалил экзамен;
- твои друзья "за тебя горой";
- учитель физкультуры кричит на тебя;
- ты считаешься самой хорошенькой девушкой в классе;
- кто-то назвал тебя "психом";

- тебя избрали в совет класса;
- ты подвел приятеля.

Практические рекомендации. 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 нелюбим, 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, 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 часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

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

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

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

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

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной? Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства? Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой? Если вы раньше размышляли о самоубийстве, что вас останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, вы говорите...». 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, вы так на самом деле не думаете». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать беспокойность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный человек может посчитать суждение типа: «Вы на самом деле так не думаете», — 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, унижают 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 вами случилось за последнее время? Когда вы

почувствовали себя хуже? Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены? К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и, как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены». Имеет смысл также сказать: «Вы все-таки взволнованы. Может, если вы поделитесь своими проблемами со мной, я постараюсь понять вас».

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 вас 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».

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 обоснованы: 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 вы могли изменить ситуацию?», «Какому вмешательству извне вы могли бы противостоять?», «К кому вы могли 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

Иногда единственной альтернативой помощью суициденту, если ситуация оказывается безнадежной, становится госпитализация в психиатрический стационар. 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.

13. Важность сохранения заботы и поддержки. Если критическая ситуация 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 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. Ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

Если замечена склонность школьников к самоубийству, следующие рекомендации помогут изменить ситуацию:

- 1) Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.
- 2) Оцените серьезность, намерений и чувств, глубину эмоционального кризиса ребенка.
- 3) Внимательно отнеситесь ко всем даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного.
- 4) Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. Ребенок может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять может вернуться к тем же мыслям. Поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора.
- 5) Поддерживайте его и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие и утвердительные указания.
- 6) Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору.
- 7) Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей, священников, к которым можно обратиться.

Что можно сделать для того, чтобы помочь ребенку?

1. Будьте внимательны к любым признакам возможной опасности. Запомните маркеры суицидального поведения. Наблюдайте за своим ребенком и его друзьями. Поделитесь опасениями с взрослым окружением детей: чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем выше шансы предотвращения потенциальных подростковых попыток суицида. Не считайте, что подростки лишь пугают и манипулируют взрослыми и что

в критической ситуации они не способны и не смогут решиться на последний шаг. Не позволяйте другим вводить Вас в заблуждение относительно несерьезности заявлений подростка. Если Вы предполагаете риск суицида в отношении близкого или просто знакомого Вам человека, действуйте в соответствии со своими убеждениями. Опасения, что Вы преувеличите потенциальную угрозу, ничто по сравнению с тем, что может произойти непоправимое из-за вашего невмешательства.

2. Принимайте ребенка как личность. Это значит просто любить его таким, какой он есть, возможно, не оправдывающего всех надежд родственников, возможно, не добивающегося каких-то высот, иногда огорчающего, обижающегося, несносного. Очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений с подростком, от того, действительно ли он ощущает поддержку, любовь близких. Выражайте поддержку, ободряйте не только словами, но и улыбкой, жестами, прикосновениями.

3. Будьте собеседником. Очень часто подростки особенно сильно испытывают чувство одиночества, отчуждения. С одной стороны, им кажется, что никто их не понимает, с другой стороны, они страдают от невозможности поделиться своими переживаниями, своим душевным смятением. В таких ситуациях подростки не настроены принимать советы, они гораздо больше нуждаются в обсуждении, проговаривании своей боли, им бывает трудно сосредоточиться на чем-то, кроме ощущения своей потерянности, безысходности ситуации. Выслушивайте подростка особенно внимательно, когда он выражает свои чувства, будь то печаль, вина, страх или гнев. Не спорьте с подростком, а задавайте вопросы, давая возможность выговориться. Вместе с тем, не только спрашивайте, но и сами честно высказывайте свои мысли, чувства, переживания.

4. Оцените степень риска, критичности ситуации. Постарайтесь определить серьезность мыслей подростка о нежелании жить. Мысли, намерения и непосредственная готовность к действиям могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о таком способе «решения всех проблем» и кончая разрабатываемым планом суицида. Несомненно то, что потенциальный риск тем выше, чем более подробно разработан план/метод самоубийства.

5. Не оставляйте ребенка одного в кризисной ситуации. Оставайтесь с ним как можно дольше (даже если придется взять отпуск на работе). Возможно, придется попросить родных помочь присматривать за ребенком, постоянно находиться рядом с ним. Подготовьте себя и ребенка к тому, что если ситуация будет ухудшаться, необходимо будет обратиться за помощью к специалистам системы здравоохранения (вызвать скорую медицинскую помощь, обратиться в кризисный центр, кабинет медико-социально-психологической помощи). Проявляйте постоянную заботу и поддержку, даже если Вам кажется, что критическая ситуация миновала. Иногда на то, чтобы окончательно изжить в себе суицидальные намерения, подросткам требуется не меньше трех месяцев.

6. Обратитесь за помощью к специалистам. Безусловно, никто не знает Вашего ребенка лучше, чем Вы сами. К сожалению, ребенок, переживая кризис подросткового возраста, может отвергать помощь родителей, считая их «несовременными», «непонимающими». Вместе с тем, он склонен обращаться за помощью к сверстникам, друзьям, но может прислушаться и к авторитетным для него взрослым. Подросток, находящийся в кризисной ситуации, в депрессивном состоянии, часто имеет своеобразное «туннельное мышление», концентрируясь только на своей «безвыходной» проблеме. Помочь увидеть альтернативные выходы может человек, независимый от личной, семейной ситуации ребенка. Таким независимым помощником может стать священник (при условии искренней веры ребенка), психолог кризисного центра, специалист детского телефона доверия. Если подросток не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним вариантом может стать обращение к семейному психотерапевту. В случае семейной терапии все члены семьи получают психологическую поддержку, озвучивая, проговаривая свои мысли, совместно вырабатывая более комфортный стиль семейной жизни. Если психолог, психотерапевт рекомендует обратиться за помощью в медицинское учреждение (например, в психиатрическую больницу), не отказывайтесь, промедление может быть опасным. Если Вы почувствовали, что в семье начинается шантаж угрозой самоубийства, то обращаться к специалистам надо незамедлительно и решать проблему комплексно.

человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

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

11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

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

12. Обратитесь за помощью к специалистам. Суициденты имеют своеобразное «туннельное мышление». 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 лекарственные 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. 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 тревогу. 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.

Если подросток предпринимал попытку расстаться с жизнью, необходимо помнить следующее:

– После неудавшейся попытки суицида подростку обычно уделяется повышенное внимание (со стороны родителей, близких, друзей, учителей). Спустя некоторое время жизнь входит в привычное русло. Кажется, что худшее уже позади. Однако подросток может возвращаться в нормальное состояние медленнее, чем хотелось бы окружающим. В этот период у него могут возникнуть мысли, что близкие к нему охладели, занимаются своими делами, отвернулись от него. Подросток может захотеть вернуть внимание окружающих очередной суицидальной попыткой. В этом случае близким надо быть внимательными. Немало суицидальных попыток не воспринимается окружающими всерьез, особенно если эти попытки были заведомо несерьезными (слабые порезы на руках, малое количество снотворных таблеток и т.д.). Зачастую близкие с легкостью относятся к таким поступкам, порой не замечая их вовсе или раздражаясь (например: «Она просто хотела привлечь к себе внимание»). Опыт работы с самоубийцами показывает, что к каждой суицидальной попытке следует относиться со всей серьезностью, какой бы безвредной и легкомысленной на первый взгляд она не являлась.

Полезная литература для родителей:

Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. Академический проект, 2001 г.

Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? Изд-во: ЧеРо, ТЦ СФЕРА, 2007 г.

Когда и куда надо обращаться за консультацией специалистов?

Некоторые симптомы, при наличии которых надо обращаться к психологу:

- непонимание своего ребенка, напряженная атмосфера в семье;
- конфликтность по отношению к другим (семейные конфликты, конфликты со сверстниками);
- агрессивность по отношению к окружающим;
- зависимости (компьютерная, пищевая);
- резкая негативная смена увлечений, окружения;
- смена настроения, переживания, печаль, обиды, подавленность и т.д.;
- негативные изменения в поведении (склонность к уходу из дома, хулиганство, воровство);
- резкое снижение успеваемости в школе;
- изменения в самооценке;
- нарушения сна, повышенная утомляемость;
- неверие в свое будущее, негативная оценка настоящего и будущего и пр.

Некоторые симптомы, ситуации, при наличии которых надо обращаться к врачу-психиатру

- диагностирование у подростка высокой или средней степени суицидального риска;
- длительное (более 2 недель) понижение настроения;
- суицидальные попытки в прошлом;
- нелепые (бредовые) идеи, галлюцинации, различные фобии (страхи);
- длительная бессонница;
- зависимости (от алкоголя, наркотиков и пр.);
- переживание интенсивных отрицательных эмоций.

Алгоритм действий психолога образовательного учреждения в случае диагностирования у учащегося «А» высокой/средней степени суицидального риска

1. Информировать о суицидальных мыслях/намерениях, выявленных у учащегося «А», узкий круг его окружения (родители, классный руководитель, администрация образовательного учреждения), которое может обеспечить выполнение мероприятий, направленных на снижение суицидального риска у данного учащегося;
2. Выполняет кризисную психологическую помощь данному учащемуся «А»;
3. Совместно с родителями учащегося (если возраст ребенка до 15 лет), классным руководителем организует направление учащегося «А» на консультацию в амбулаторном порядке к врачу-психиатру, обслуживающему население (в т.ч. данного образовательного учреждения) по территориальному принципу.

Алгоритм действий психолога образовательного учреждения в случае предпринятой незавершенной суицидальной попытки учащимся «В»:

1. Информировать о предпринятой суицидальной попытке учащимся «В» его родителей, взаимодействуя с которыми собирает предварительную информацию о ситуации, явившейся «последней каплей», о группах (сверстники, учителя, родители...), задействованных в данной ситуации;
2. Совместно с родителями учащегося (если возраст ребенка до 15 лет), классным руководителем, медицинским работником образовательного учреждения, в день совершения суицидальной попытки учащимся «В», организует его направление на консультацию в амбулаторном порядке к врачу-психиатру, либо вызывает бригаду скорой неотложной помощи в зависимости от степени тяжести состояния учащегося для решения вопроса о возможной его госпитализации;
3. Проводит диагностическую и коррекционную работу в образовательном учреждении. Встречаясь с классом, в котором произошла суицидальная попытка, психолог осуществляет первичную диагностику психофизиологического состояния учащихся. По результатам данной диагностики, взаимодействуя с медицинским психологом психоневрологического диспансера / психиатрической больницы, проводит групповую и индивидуальную работу с учащимися, их родителями, при необходимости со специалистами образовательного учреждения;
4. После оказания специализированной медицинской помощи учащемуся «В» специалистами психоневрологического диспансера / психиатрической больницы, с учетом рекомендаций данных специалистов оказывает психологическое сопровождение данного учащегося в постсуицидальный период, а так же по мере его дальнейшего обучения в образовательном учреждении.

Инфраструктура медико-социально-психологической помощи г. Ханты-Мансийска

Центр социальной помощи семье и детям «Вега» (ул. Светлая, д. 65)	
Директор	8 (3467) 36-30-03
Приемная	8 (3467) 36-30-40
Отделение социальных технологий по семейному устройству несовершеннолетних	8 (3467) 36-30-40
Отделение социального сопровождения замещающих семей	8 (3467) 36-30-98
Отделение психолого-педагогической помощи	8 (3467) 36-30-98
Консультативное отделение	8 (3467) 36-30-74
Стационарное отделение	8 (3467) 36-30-75
Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Лучик» (ул. Красногвардейская, д. 7-а)	
Директор	8 (3467) 33-61-58
Приемная	8 (3467) 33-61-62
Отделение диагностики, разработки и реализации программ медико-социальной реабилитации	8 (3467) 33-61-59
Отделение психолого-педагогической помощи с дневным пребыванием	8 (3467) 33-64-11
Комплексный центр социального обслуживания населения «Светлана» (пер. Советский, д. 2)	
Директор	8 (3467) 33-80-47
Приемная	8 (3467) 33-82-99
Специализированное отделение социального медицинского обслуживания № 1	8 (3467) 33-24-39
Специализированное отделение социального медицинского обслуживания № 2	8 (3467) 32-90-91
Отделение дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов	8 (3467) 33-03-88
Отделение срочной социальной помощи	8 (3467) 32-61-77, 8 (3467) 33-33-60
Отделение социального обслуживания на дому	8 (3467) 32-61-88
Консультативное отделение	8 (3467) 32-18-67

Территориальная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав в г. Ханты-Мансийске (ул. Пионерская, д. 46)	8 (3467) 33-48-64
Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав Администрации Ханты-Мансийского района (пер. Советский, д. 2)	8 (3467) 33-82-88
Центр диагностики и консультирования (ул. Гагарина, д. 111-а)	8 (3467) 33-50-55
Телефон доверия "Снид-Центра" (ул. Гагарина, д. 106)	8 (3467) 33-18-24, 8 (3467) 33-09-09
Экстренная психологическая помощь (ул. Гагарина, д. 111-а)	8 (3467) 39-33-30
КУ ХМАО-Югры «Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер» (ул. Гагарина, д. 106)	8 (3467) 39-32-00, 88001011212, 88001011200
Диспетчерская МЧС (ул. Гагарина, д. 133)	8(3467) 39-77-40

Список использованной и рекомендуемой литературы для прочтения:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. 1987. N 6. С. 52–60.
2. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального повеления // В сб.: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. — М., 1989. С. 8-24.
3. Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В. Электронный журнал «Психологическая наука и образование psyedu.ru – Скрининговая диагностика антивитальных переживаний и склонности к импульсивному, аутоагрессивному поведению у подростков. 2014, № 1.
4. Бачило Е.В. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) //Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8. - № 2. -С.403 - 409 (приложение (нервные болезни)).
5. Бовина И.Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей //Электронный журнал «Психологическая наука и образование». - 2013. - №2. - С. 214-227.
6. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] //Медицинская психология в России: электрон, науч. Журн. - 2013- N2 (19).
7. Вагин Ю. Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков). – Пермь, Изд-во ПРИПИТ, 2001.
8. Вагин Ю. Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. – Пермь, 1999.
9. Ваулин СВ. Суицидальные попытки и незавершенные суициды: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - М., 2012. - 46 с.
10. Веселкова Е.А., Века Л.М. Психологические аспекты подросткового суицида: методическое пособие. - Барнаул, 2006. - 73 с.
11. Вихристюк О.В. – Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? М.: МГППУ, 2013г.
12. Гайсина Д.А., Халилова З.А. и др. Генетические факторы риска суицидального поведения [Электронный ресурс] //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2008. - № 1.
13. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. – СПб., 2003.
14. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. - СПб., 2006. - 144 с.
15. Ефремов В.С. Основы суицидологии. - СПб., 2004. - 479 с.
16. Журлова И.В. Девиантное поведение школьников: диагностика, профилактика, коррекция: пособие для студентов педагогического университета. Мозырь, 2011. - 173с.
17. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 2013. - 24 с.

18. Краснова ВВ., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2013. - № 4. - С. 50-53.
19. Кучер А.А. Костюкович В.П. Выявление суицидального риска у детей //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. -2001.-№4.-С.32-39.
20. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2000.- 103 с.
21. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М., 2008. - 960 с.
22. Марина И. Е. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения: автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. психол. наук. Красноярск, 2006. - 24 с.
23. Меннингер К. Война с самим собой. - М., 2000. - 480 с.
24. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. - М., 2005. - 182 с.
25. Молтсбергер Дж. Опасность самоубийства, клиническая оценка и принятие решений //Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - № 1.
26. Мэнделл Дж. Г., Дамон Л. И др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие. – М., 1998.
27. Павлова Т.С., Банников Г.С. Электронный журнал «Психологическая наука и образование psyedu.ru – Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи. 2013, № 4.
28. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие. М., 2008. - 330 с.
29. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в России //Профилактическая медицина. - 2007. - № 5.
30. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
31. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. М.: WHO, 2006. - 30 с.
32. Профилактика суицидов среди подростков: Материалы практического семинара для психологов Алтайского края. Сборник научных статей. -Барнаул, 2006. - 88 с.
33. Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции / Андрюхин Н.Г., Артамонова Е.Г., Банщикова Т.Н., Березина В.А., Богачева Т.Ю., Вихристюк О.В., Ермолаева А.В., Ефимова О.И., Зайцева Н.В., Карпеток К.В., Колосова А.А., Кретова Н.О., Мищенко П.П., Ощепков А.А., Райфшнайдер Т.Ю., Снягина Н.Ю., Снягина Н.Ю. / Сост. и науч. ред. ЕЮ. Снягина, Н.В. Зайцева, Е.Г. Артамонова. М., 2013.- 99 с.
34. Романова И. В. Психофизиологические критерии риска суицидального поведения у школьников 14-17 лет: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук. - Челябинск, 2010. - 23 с.
35. Сакович Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков. — М.. 2012. - 113 с.
36. Сняпш Ю.В., Снягина Н.Ю. Детский суицид: психологический взгляд. -СПб., 2006.- 176с.
37. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М., 2005. -376 с.
38. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации/ Авторы-составители: Л.К.Стадухина, Н.В.Петрова, Е.Л.Норкина, О.А.Маркова, М.Ю.Бондаренко. - Йошкар-Ола, 2013. - 50с.
39. Фетискин Н.П., Козлов ВВ., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Издательство Института Психотерапии. 2005. - 490 с.
40. Шелехов И. Л, Каштанова Т. В., Корнетов А. Н., Толстолес Е. С. Суицидология: учебное пособие. - Томск, 2011. - 203 с.
41. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. - М., 2005. - 336 с.
42. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М., 2001. - 320 с.