

*Методические рекомендации  
по профилактике суицидального поведения  
несовершеннолетних*



## СОДЕРЖАНИЕ

### Часть 1.

*Методические рекомендации по выявлению ранних признаков и симптомов физического и эмоционального истощения несовершеннолетних, которые могут привести к суицидальной попытке*

#### 1. Общие понятия.

2. Особенности проявлений суицидального поведения в детском и подростковом возрасте.

3. Мотивы, причины, поводы суицидов.

4. Особенности суицидального поведения детей в разные периоды жизни.

5. Когда формирование личности еще не окончено и в силу этого оценка объективных трудностей подростком и реакция на них часто бывают неадекватными.

### Часть 2

*Реабилитация несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки.  
Профилактика детских суицидов*

## ***по выявлению ранних признаков и симптомов физического и эмоционального истощения несовершеннолетних, которые могут привести к суицидальной попытке***

### **1. Общие понятия**

Самоубийства (суициды) в последнее время превратились в одну из острейших проблем современного общества. По данным Всемирной организации здравоохранения, они занимают 4 место, как причина смертности, после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травматизма. Ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, т.е. более 1000 человек в день, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 миллионов. Суициды распространены среди наиболее трудоспособной части населения. Число суицидов из года в год возрастает. Принято считать уровень самоубийств до 10 случаев на 1000 человек низким, от 10 до 20 – средним, 20 и более - высоким.

К «группе риска» совершения самоубийств относят лиц, подверженных депрессии, с наличием психических заболеваний, с суицидальными попытками, с алкоголизмом, страдающих лекарственной зависимостью, включая наркоманию, лиц, находящихся в социальной изоляции, престарелых и одиноких людей.

Увеличение частоты суицидов и покушений на самоубийство, происходящее в большинстве стран мира, отрицательно сказывается на состоянии общества, экономики, общественном порядке, нравственных и духовных устоях. Неблагоприятная социально-экономическая ситуация в России, рост психической патологии, падение уровня жизни значительной части россиян, наркотизация, рост преступности, девиантное поведение и многие другие негативные факторы оказывают неблагоприятное влияние на суицидальную активность различных возрастных групп населения, особенно лиц трудоспособного и пожилого возраста, в том числе среди сотрудников органов внутренних дел.

**Самоубийством** принято считать всякий случай смерти, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство - это вполне однородное действие, но не доведённое до конца.

**Суицид** есть осознанное лишение себя жизни и, с этой точки зрения, самоубийство является чисто человеческим сознательным, поведенческим актом.

В литературе часто встречаются термины «аутоотравматизм», «аутоагрессивный акт», которые нередко отождествляются с суицидальными действиями. Если конечной целью аутоагрессивного акта

является самоубийство, его следует относить к суицидальным действиям. В то же время, нет оснований относить к суицидальным действиям умышленное членовредительство, аутоагрессивные акты людей, находящихся в состоянии психоза и другие подобные действия.

Самоубийством не считается лишение себя жизни по неосторожности самого потерпевшего или лицом, находящимся в состоянии невменяемости. В этих случаях опасные для жизни действия не направляются представлениями о собственной смерти, имеют иные мотивы и цели и их следует относить к категории несчастных случаев.

Исходя из данного определения, не следует также считать самоубийствами случаи гибели из-за неоправданного риска, случаи так называемого «аутодеструктивного» или «саморазрушительного» поведения. К саморазрушительному поведению наряду с суицидальным относят, в ряде случаев, злоупотребление алкоголем, наркотическими, сильнодействующими медикаментозными средствами, курение; намеренную рабочую перегрузку; упорное нежелание лечиться; рискованный стиль вождения транспортных средств, особенно управление автомобилем и мотоциклом в нетрезвом состоянии; упорное стремление к поездкам в зоны боевых действий; увлечение некоторыми видами спорта, когда оно связано с неоправданным риском (например, альпинизм, парашютный спорт и т.п.).

В более широком смысле аутодеструктивными действиями считают некоторые религиозные обряды, сопровождающиеся самоистязанием и жертвами, жестокую эксплуатацию, войны, т.е. все те осознанные ауто- и гетеро- агрессивные действия, которые приводят к индивидуальному или массовому саморазрушению и самоуничтожению людей.

**Суицидальное поведение** – это любые внутренние или внешние формы психических актов, определяемые и направляемые представлениями о лишении себя жизни. Суицидальное поведение проявляется в двух основных формах: внешних и внутренних. К внутренним формам относят суицидальные мысли (представления, переживания); суицидальные тенденции (замыслы, намерения). К внешним формам - суицидальные проявления; суицидальные покушения (попытки).

**Суицидальные мысли** (представления, переживания) – пассивные размышления об отсутствии ценности, смысла жизни («жить не стоит», «счастья в жизни нет», «не живешь, а существуешь»), а также представления, фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни («хорошо бы умереть», «хочется заснуть и не проснуться»). Суицидальные мысли в норме бывают практически у всех людей при осознании неразрешимости какого-либо конфликта или психотравмирующего события, но они не переходят в суицидальные тенденции.

**Суицидальные тенденции** (замыслы, намерения) – активные и серьезные размышления, разработка плана суицида, определение

способов совершения самоубийства, времени, места его осуществления. Во внешнем поведении возможны проявления побуждений к непосредственному осуществлению суицидального замысла. Почти все суициденты в этот период высказывают в той или иной форме суицидальные намерения кому-либо из близких, друзей или коллег иногда в виде намеков или в шуточной форме (*суицидальные проявления*). Причем около 15% делают это открыто и публично. Обычно открытые высказывания суицидальных намерений воспринимаются окружающими в демонстративно-шантажном плане или им вообще не придается должного внимания. Однако их не стоит недооценивать. Во всех случаях, при наличии таких высказываний требуется консультация психолога.

Переход суицидальных тенденций в суицидальные проявления говорит о присоединении к замыслу суицида волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению решения – совершению суицидальной попытки.

**Суицидальные покушения (попытки)** – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни с целью покончить жизнь самоубийством или с демонстративно-шантажные целями.

Иногда попытки самоубийства не завершаются смертельным исходом по независящим от суицидента причинам (не смертельное ранение, обрыв веревки, своевременно оказанная медицинская, реанимационная помощь и т.п.).

Следует различать *завершенные самоубийства* (истинные суициды) и *попытки самоубийства* (незавершенные суициды), носящие демонстративно-шантажный характер. Последние не преследуют цель ухода из жизни. Их цель - привлечение к себе или возвращение утраченного внимания, жалости и сочувствия окружающих, избавление от угрозы наказания и т.п. Соотношение самоубийств и попыток самоубийств среди гражданского населения составляет 1:8.

**Способ самоубийства.** Выбор способа, места и времени для самоубийства косвенно свидетельствует о серьезности суицидальных намерений и риске завершенности суицида.

По частоте использования у нас в стране при завершенных суицидах чаще всего встречаются:

- повешения;
- огнестрельные ранения;
- отравления химическими веществами или медикаментами;
- падения с высоты, под проходящий поезд или автотранспорт.

По частоте суицидальных покушений распределение иное:

- отравления;
- самопорезы;
- повешения.

Распространенность тех или иных способов самоубийства наиболее тесно связана с профессиональной принадлежностью и полом суицидентов. Женщины чаще выбирают отравления. Инъекционные способы введения лекарственных веществ используются преимущественно медицинскими работниками и т.п.

**Суицидальный риск** – потенциальная готовность личности совершить самоубийство, который может быть оценен как соотношение суицидальных и антисуицидальных факторов личности.

### ***Причины, условия и мотивы самоубийств.***

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Выделяют три основные группы факторов, которые считаются наиболее частыми *причинами суицидов*:

- дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место в социальной структуре не соответствует уровню притязаний человека;
- конфликты в семье;
- алкоголизация и наркотизация.

Также к наиболее частым причинам суицидов можно отнести:

- потерю любимого человека;
- состояние физического и психического переутомления;
- уязвленное чувство собственного достоинства;
- разрушение психологических защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;
- отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
- различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Говоря о самоубийстве как об осознанном лишении себя жизни, необходимо рассматривать не только внешние (социальные) причины суицидов, но и их внутренние, личностные мотивы, которые проявляются в виде конфликтов.

Антисуицидальные факторы личности – это сформированные жизненные установки, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним, прежде всего, относятся позитивные модели поведения, связанные с достижением определенных целей:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- чувство долга по отношению к ним, родительские обязанности;
- наличие разнообразных жизненных, творческих, деловых, семейных, служебных и других планов, замыслов;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы саморегуляции и снятия психической напряженности и др.

В то же время, антисуицидальный характер носят и стереотипы поведения, связанные с избеганием боли, физических страданий,

неизвестности; стремление учесть общественное мнение и избежать осуждения со стороны окружающих и т.п. Все они делают неприемлемым для индивидуума совершение самоубийства как способа разрешения конфликтной ситуации.

## **2. Особенности проявлений суицидального поведения в детском и подростковом возрасте**

Особенности проявлений суицидов в детском и подростковом возрасте, своеобразие психологии и уровней социализации детей и подростков, особенности психопатологических состояний, специфика профилактики — все это дает основание некоторым авторам выделять детскую и подростковую суицидологию как самостоятельную область.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет — явление относительно редкое, но с 14—15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16—19 лет. Так группа суицидентов до 10 лет составляет 3% от общего числа обследованных, причем 0,75% составили дети до 7 лет. Наибольшая частота приходится на пубертатный период (13-16 лет) — 45,8%, причем мальчики предпринимают суицид примерно в 2-4 раза чаще, чем девочки.

По мнению ряда авторов, суицидальное поведение в детском возрасте очень редко бывает связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции, в первую очередь реакция оппозиции. У подростков же роль психических расстройств (депрессивное состояние и др.) в происхождении суицидального поведения несколько возрастает. Существует и противоположное мнение, согласно которому в детском возрасте, по сравнению с подростковом, суицидальное поведение носит более серьезный характер.

Большинство суицидальных действий в подростковом возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т. п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока.

Суицидальное поведение у подростков в 46% случаев сопровождалось пьянством и эпизодическим употреблением наркотиков и сильнодействующих психотропных средств, в 38% — правонарушениями, в 18% — склонностью к побегам из дому и бродяжничеству и в 12% случаев — транзиторными сексуальными девиациями.

Суицидальное поведение по отношению ко всем изученным формам девиаций в группе подростков 15—18 лет составило 10%.

В отличие от взрослых, у детей и подростков картина пресуицидального состояния не имеет монолитного, единого признака. Мозаичность, вариабельность, лабильность пресуицидального статуса создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Возрастной фактор оказывается действующим при распознавании *суицидоопасных групп*.

К **первой группе** относятся суициденты, перенесшие в раннем детском возрасте травмы черепа или мозговые инфекции с дальнейшей хорошей компенсацией состояния. В период возрастных кризов, при сомато- и психогениях у таких детей и подростков наступает декомпенсация с суицидальными тенденциями.

**Вторую группу** составляют также дети и подростки с различными формами дисгармонического развития – с бурными проявлениями акселерации, чертами инфантилизма, патологическим течением возрастных кризов.

В **отдельную (третью) группу** выделяются подростки с девиантным поведением. В неблагоприятных условиях среды наблюдается срыв адаптации с развитием суицидоопасных состояний.

И, наконец, **четвертую группу** составляют подростки, отличающиеся высоконравственными устоями с тенденциями к идеализации чувственных и сексуальных отношений.

Исследования личностных особенностей подростков с суицидальным поведением показали, что для большинства из них характерна импульсивность, проявляющаяся в неспособности подростка сколько-нибудь продолжительное время обдумывать принятые решения, предусмотреть последствия совершаемого поступка и смоделировать свое поведение таким образом, чтобы не пострадали самолюбие и собственные интересы. Всем подросткам-суицидентам свойственна некоторая эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, чем и объяснилось большое количество конфликтных ситуаций, нередко заканчивавшихся суицидальными действиями. Изменение настроения у таких подростков обычно зависело от мимолетных и незначительных впечатлений, а в конфликтной ситуации у них легко возникало состояние растерянности с элементами тревоги, вегетативными нарушениями (тахикардия, гипергидроз, яркая игра вазомоторов лица, сухость во рту и т. п.). Большинство подростков, совершивших суицидальные действия, отличаются повышенной внушаемостью, которая проявляется в выраженной способности к сопереживанию и сочувствию, переносу встречающихся в литературе и кино коллизий на себя, быстром «вживании» в образ, в возможности испытывать в этих несуществующих ситуациях истинные эмоциональные потрясения, а также в некоторой несамостоятельности мышления, зависимости от мнения окружающих, стремлении строить свое поведение по образу и подобию героев книг,

кинофильмов и т. п.

Известно, что импульсивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость характерны для большинства подростков. У них обостряется чувство самоанализа, повышается интерес к проблеме жизни и смерти, усиливается увлечение философскими вопросами этого направления. Молодые люди склонны к «переоценке ценностей», мучительно ищут свое место в обществе, пытаются уяснить «смысл жизни». Бескомпромиссность, эгоцентричность, отсутствие жизненного опыта, в свою очередь, усиливают реакцию протеста, усугубляют конфликт между еще несформировавшимся, легкоранимым «я» и жестоким, несправедливым, по их мнению, обществом.

### **3. Мотивы, причины, поводы суицидов**

*Причина суицидального поведения* — понятие глубокое и сложное. Оно уходит своими корнями в социально-психологический анализ проблемы. Причина — это все то, что вызывает и обуславливает суицид. Основной причиной суицидальных действий считается социально-психологическая дезадаптация личности. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.). От причины следует отличать условия и повод. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

*Повод* в отличие от причины — это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

К числу наиболее частых причин суицидов среди подростков можно отнести:

- 1) потерю любимого человека;
- 2) состояние переутомления;
- 3) уязвленное чувство собственного достоинства;
- 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;
- 5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
- 6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Также суицидальные попытки и намерения (по типу истерических

реакций) чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности, в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом других наркотических средств, вследствие присущих данному возрасту сексуальных проблем. Суициды и покушения, обусловленные психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции), чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения по разным причинам из учебного заведения, измены.

У практически здоровых подростков и юношей, выделяют три основные группы факторов: 1) дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний; 2) конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения; 3) алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

Причиной суицидального поведения детей с дефектами психического развития в возрасте от 10 до 15 лет является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга в процессе грубых нарушений воспитания. Из-за депривации и/или отвержения у таких детей не формируется чувство уверенности и защищенности, привязанности к эмоционально значимой фигуре. Отсутствие глубокого чувства препятствует формированию личностного ядра, которое способно противостоять трудностям. В результате даже незначительные помехи на жизненном пути провоцируют стремление уйти из жизни. Более того, в силу своей недостаточно дифференцированной эмоциональности они не могли даже оценить последствий своего ухода из жизни. Поэтому в их суицидах было меньше демонстративности и скрытого желания остаться жить, что отличает этих детей от их здоровых сверстников. В случае незавершенного суицида особенности их личности определяют легкость возникновения повторных покушений, т.к. их природа связана со структурой личности, а не с внешней средой.

Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается естественным возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее

время считается вариантом видоизменения характера и встречается почти у четверти здоровых подростков.

**Итак,**

**МОТИВЫ:**

- Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
- Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
- Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
- Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
- Боязнь позора, насмешек или унижения.
- Страх наказания, нежелание извиниться.
- Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
- Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
- Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
- Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

#### **4. Особенности суицидального поведения детей в разные периоды жизни**

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

В дошкольном возрасте дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду. Вместе с тем, смерть близких, домашнего животного или сверстника из-за особенностей мышления и ограниченности опыта осознается ребенком как результат его желаний, что нередко приводит к сильному чувству вины. Возникающие печаль и грусть очевидны и достигают большой интенсивности, но продолжаются недолго.

В младшем школьном возрасте дети считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим.

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

подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно - шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как **разновидности суицидального поведения.** Они следующие:

**1.** 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.

**2.** Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

**3.** В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых, и существенно разнятся между собой. 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.

#### **Словесные признаки**

Подросток, готовящийся совершить самоубийство, часто говорит о своём душевном состоянии:

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

#### **Поведенческие признаки**

Подросток может:

- раздавать другим вещи, имеющие большую личную значимость, окончательно приводить в порядок дела, мириться с давними врагами;
- 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;

- проявлять признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

### **Ситуационные признаки**

Ребенок может решиться на самоубийство, если:

- социально изолирован, чувствует себя отверженным;
- живёт в нестабильном окружении (серьёзный кризис в семье; алкоголизм-личная или семейная проблема);
- ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального;
- предпринимал раньше попытки самоубийства;
- имеет склонность к суициду вследствие того, что он совершился кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
- перенёс тяжёлую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей);
- слишком критически относится к себе.

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»).

**Если замечена склонность несовершеннолетних 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 серьёзность 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.

**5. Когда формирование личности еще не окончено и в силу этого оценка объективных трудностей подростком и реакция на них часто**

## бывают неадекватными

Существуют три основных свойства, характеризующих личность суицидента:

- повышенная напряженность потребностей, выражающаяся в необходимости непереносимого достижения поставленной цели;
- повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимости от любимого человека, когда собственное «я» растворяется и воспринимается лишь в паре: «я — она» («я — он»), а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях;
- низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

Суицидальное поведение вызывается, как правило, не одним, а несколькими одновременно действующими и взаимодействующими мотивами, образующими развернутую систему мотивации действий и поступков человека. Мотивы могут быть осознанными, высшими (интересы, убеждения, стремления, идеалы) и неосознанными, низшими (установки, влечения и т.п.). Повод, в отличие от причины, - событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

В подростковом возрасте наиболее часто встречалась реакция эгоцентрического переключения — быстро появляющаяся кратковременная реакция в ответ на острые конфликты. Очень часто она возникает по незначительному поводу, не отражающему причины конфликта и суицидального поведения. Аффективные переживания конфликтной ситуации при этом типе реакции быстро генерализируются, охватывая все уровни психической деятельности. Мысль о самоубийстве возникает внезапно и доминирует над всеми остальными. Из сознания вытесняются и страх смерти, и болевые ощущения. Переход от зарождения суицидальной мысли до ее реализации исчисляется минутами, «пресуицидальный» период практически отсутствует.

Выделяют суицидоопасные ситуационные реакции, специфические для подросткового возраста: реакцию депривации, эксплозивную реакцию и реакцию самоустранения.

*Реакция депривации* чаще наблюдается у подростков младшего и среднего пубертатного возраста (12—16 лет). Проявляется угнетением эмоциональной активности, потерей интересов к прежним увлечениям и занятиям, погруженностью в негативно окрашенные переживания. Основное содержание переживаний обычно составляет страх наказания за проступки или плохую успеваемость. Чаще встречается в семьях с ортодоксальными авторитарными воспитательными установками. Суицидальное поведение характеризуется стойким и выраженным намерением умереть, которое быстро исчезает при решении конфликтной ситуации.

*Эксплозивная реакция* чаще встречается у подростков старшего возраста (16—18 лет). Проявляется аффективной напряженностью, враждебностью к окружающим, особенно к участникам конфликта, сочетанием с другими формами девиантного поведения (пьянство, правонарушения). Часто формируется у подростков с завышенными претензиями. Суицидальные действия обычно диктуются стремлением отомстить обидчикам, настоять на своем, доказать свою правоту. Суициды совершаются на высоте аффекта, в апогее конфликта, часто на глазах у обидчиков. В постсуицидальном периоде возможны повторные попытки, особенно если подростку удалось с их помощью изменить ситуацию в свою пользу.

*Реакция самоустранения* наблюдается чаще у подростков с чертами социальной и психической незрелости (хронические соматические заболевания, невысокий интеллект, признаки социально-педагогической запущенности). Нередко она возникает при резкой смене жизненного стереотипа и характеризуется стремлением уйти от возникающих трудностей. При этом подросток впадает в отчаяние при малейшей неудаче или конфликте. Такие подростки внушаемы, несамостоятельны, часто попадают под влияние сверстников, ведущих асоциальный образ жизни. Суицидальное поведение расценивается ими обычно как выход из создавшейся конфликтной ситуации. Имитации суицидов встречаются редко, однако при неудавшемся суициде такие подростки активно просят о помощи, боятся умереть, стыдятся своего поведения.

Основной движущей жизненной силой человека, определяющей мотивы его поведения и его активность, наряду с различного рода потребностями (естественные, культурные и т.д.) является цель. Цель может меняться, формироваться в процессе жизни, но она обязательно должна быть, иначе жизнь становится бесперспективной.

Также необходимо оценивать условия, приводящие к суицидальной попытке. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на их характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий. Чаще всего такими условиями являются реакции окружающих (родственников и сослуживцев) на суицидальное поведение. В ряде случаев их оценка ситуации и действия могут как способствовать попытке самоубийства, так и предупредить её.

Около 60% самоубийств в мире совершены после употребления алкоголя, что существенно превышает аналогичный показатель среди гражданского населения России. Прямой связи между концентрацией алкоголя в крови и тяжестью суицидальных действий не выявлено. Из этого следует, что развитие суицидальных намерений при опьянении

зависит не только от фактора интоксикации, но и от индивидуальных личностных особенностей и ситуативных моментов. Поэтому тяжесть последствий во многом зависела от случайных обстоятельств, например, от наличия в данный момент быстрых и действенных средств для совершения самоубийства.

Повышенная суицидальная опасность лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, связана не только с факторами интоксикации, но и с особенностями личности, формирующимися в процессе злоупотребления алкоголем: аффективной неустойчивостью, возбудимостью, сензитивностью, склонностью к импульсивным действиям с психопатическими, истерическими и астеническими проявлениями.

Следующей особенностью самоубийств является непосредственное или опосредованное отождествление себя с человеком, ранее совершившим самоубийство.

Среди мотивов, обусловленных наличием психопатологических расстройств, преобладают идеи виновности, мнимого тяжелого заболевания, изменения самоощущения, преследования. В большинстве своем мотивы суицидальных действий встречаются в виде устойчивых сочетаний двух или более сфер конфликтов или «суицидальных комплексов». Среди них наиболее часто выявлялись: семейные неурядицы на фоне злоупотребления алкоголем; семейные конфликты на фоне соматического или психического заболевания; сочетание семейной конфликтной ситуации с профессиональным конфликтом; сочетание злоупотребления алкоголем с конфликтными ситуациями в учебе и в семье. Наибольший риск в плане совершения аутоагрессивных действий представляют психопатические личности (с преобладанием истерических и возбудимых радикалов), а также лица с различного рода депрессивными состояниями. Довольно высок риск завершённого суицида у лиц с органическим поражением головного мозга, а также с наличием в анамнезе тяжелых черепно-мозговых травм и мозговых инфекций (менингиты, арахноидиты и др.).

Анализ пресуицидального поведения лиц с наличием нервно-психических расстройств показал, что более чем 60% таких больных совершают суицидальные действия вне обострения болезни, по вполне реальным мотивам и поводам, какие встречаются у остальных суицидентов.

Профилактика данного чрезвычайного происшествия возможна лишь при проведении специально разработанного комплекса мероприятий, включающего в себя целенаправленную деятельность воспитательных аппаратов, психологической службы и лечебных учреждений.

Статистика самоубийств свидетельствует о наличии у покончивших с собой таких личностных черт, как: недостаточный самоконтроль, отсутствие социальной комфортности, неуверенность в себе, повышенная

ранимость, неадекватная самооценка своих возможностей, недостаточность компенсаторных механизмов психологической защиты, бескомпромиссность, неспособность адекватно перерабатывать конфликты в сфере межличностных отношений.

## Часть 2

### ***Реабилитация несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки. Профилактика детских суицидов***

Трудность рассматриваемой проблемы, особенно её профилактического направления, связана с отсутствием специфичности суицидальных проявлений. Нет такого человека, который по своим индивидуальным качествам обязательно должен покончить жизнь самоубийством, нет такой ситуации, а также психопатологических нарушений, которые непременно привели бы человека к суициду.

Практическое решение проблемы реабилитации суицидентов среди подростков возможно лишь на основе комплексного подхода, обеспечивающего знания личности суицидента, особенностей микросоциального климата в формальной и неформальной сферах общения, а также профессионального, материального и бытового статусов.

Основной целью данной работы должно быть предотвращение самой возможности появления суицидальных переживаний, своевременное распознавание и купирование состояний, несущих потенциальную угрозу суицида и, более того, на ликвидацию условий, их порождающих.

Вышеназванные задачи могут быть с успехом решены только при проведении комплекса психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Под психогигиеной подразумевается проведение комплекса мер по сохранению и укреплению психического здоровья, обеспечивающих наилучшие условия для психической деятельности человека. При проведении психогигиенических мероприятий необходимо учитывать влияние на психику человека (здорового и больного) условий внешней среды: социальных, производственных (служебных) и бытовых факторов.

Психопрофилактика разрабатывает систему мероприятий, ведущих к снижению нервно-психической заболеваемости и способствует внедрению их в практическую деятельность. Методы психопрофилактики включают изучение динамики нервно-психического состояния подростка во время учебы, а также в бытовых условиях.

В начальном периоде пресуицида, психологов, руководителей подразделений, сотрудников кадровых и воспитательных аппаратов, психологов, а также медицинских работников должны настораживать такие особенности поведения, как пониженное настроение, несвойственная замкнутость, заторможенность или наоборот повышенная общительность, возбудимость. Следует обращать внимание на начавшееся

злоупотребление алкоголем, приём психотропных, успокаивающих препаратов; изменения веса (похудание), жалобы на нарушения сна (бессонница, сонливость днем). Возможны странные немотивированные поступки, высказывания, обострение таких черт характера как бескомпромиссность, упрямство, неспособность отступить, стремление к достижению цели любой ценой, склонность к самостоятельному принятию решений с одновременной повышенной ранимостью, неустойчивостью настроения.

Особо должны настораживать суицидальные мысли, намёки, высказывания (в пресуицидальный период отмечались в 20% случаев самоубийств подростков). Появление же постоянных идей самоубийства, суицидальных высказываний и попыток (13%), прямые или символические «прощания» (9%), возбужденное поведение или «зловещее» спокойствие, нередко не свойственная ранее собранность – показатель острого суицидального кризиса, угрожающего жизни. Зафиксировать наличие таких высказываний иногда весьма затруднительно, о них, как правило, знают самые близкие люди, на глазах которых развивается конфликт в пресуицидальный период и которые не всегда сообщают о них специалистам-психологам или в медицинские учреждения.

Личность, находящаяся в состоянии социально-психологической дезадаптации, пребывает одновременно и в состоянии «мотивационной готовности» к суициду (латентный или скрытый пресуицид). При этом какие-либо внешние или внутренние признаки суицидальной готовности могут целиком отсутствовать. Переход состояния латентного пресуицида в манифестный обычно связан с появлением дополнительных внешних или внутренних факторов. Отсюда начинается собственно пресуицидальное состояние, имеющее свою динамику, которая проявляется либо как мгновенно развивающаяся реакция (импульсивный суицид), либо как реакция, развивающаяся постепенно. Манифестация пресуицида проявляется упорными суицидальными мыслями, намеками, высказываниями; появлением парадоксальных черт в поведении; стремление к «игре со смертью» и другими проявлениями саморазрушающего поведения. В дальнейшем состояние может развиваться в острый пресуицид, который характеризуется появлением сверхценной идеи самоубийства, прямыми или символическими «прощаниями», возбужденным поведением или «зловещим» спокойствием, иногда собранностью, целенаправленным поиском средств покончить с собой. Это состояние всегда требует вмешательства врача психиатра т.к. чаще всего оно переходит в суицидальную попытку.

Подросток, находящийся в состоянии психологического кризиса, испытывает выраженную потребность в эмоциональной поддержке близких и квалифицированной психологической помощи.

Характеристика поведения участников конфликта в конфликтной ситуации неоднозначна. Это может быть упрямое, упорствующее

поведение с конфликтностью и агрессивностью, с одной стороны, и пассивное поведение с подчиняемостью, жалобами на плохое обращение, фиксацией на пониженном самочувствии, нарушениях со стороны здоровья, с другой.

В процессе беседы с подростком, обратившимся за помощью или обнаруживающим не свойственные ему ранее формы поведения, необходимо внимательно выслушать его, стараясь, по возможности, не перебивать, а лишь уточнить отдельные детали. Часто уже в ходе беседы подросток осознает, что конфликтная ситуация, воспринимаемая как неожиданная, непреодолимая и безнадежная, кажущаяся в какой-то степени непонятной, определенным образом сформировалась на протяжении некоторого периода времени и тесно связана с предшествующими событиями жизни. Собеседник осознает также, что сложившийся в течение определённого периода кризис через какое-то время может быть преодолён в благоприятную для него сторону, что лица, вовлечённые в конфликт, ранее поддерживали с ним доброжелательные отношения, и, следовательно, эти отношения могут быть восстановлены.

Успех работы по смягчению семейного конфликта, как правило, возможен при активном вмешательстве в окружение, выражающемся в работе с членами семей и значимыми для подростка лицами. **Проводить работу по смягчению лично-семейного конфликта следует всегда строго индивидуально и с привлечением специалистов-психологов.** Однако, как правило, на первом этапе с суицидальным поведением сталкиваются неспециалисты: руководство, родственники, друзья и сверстники, от поведения которых во многом зависит дальнейшее развитие ситуации. Возможно, здесь уместно дать несколько советов для взрослых, которые могут столкнуться с подобной ситуацией.

Когда у человека горе, душевный разлад, разочарование, он, как правило, ищет сочувствия у окружающих, стремится «выговорить» свои неприятности. То, что было высказано вслух, как бы отчуждается от человека в слове, при этом нередко «отходит», облегчается и переживание.

Если Ваш знакомый подросток находится в эмоционально подавленном состоянии и его поведение показалось Вам суицидоопасным, безотлагательно пригласите его на беседу. Приглашение на беседу необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Ни в коем случае не вызывать к себе через третьих лиц. Местом беседы предпочтительнее провести его не в столь «формальном» месте. Главное – отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не длился. Во время беседы будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет. Беседу желательно назначать в удобное для подростка время. Ваша помощь окажется более эффективной, если беседа будет построена в соответствии с определёнными принципами и

складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу.

**Начальный этап беседы.** Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта с подростком, приглашённым на беседу. Необходимо убедить ребенка в том, что его проблемы будут поняты, что вы искренне разделяете его заботы и трудности. На первом этапе - только внимательное, терпеливое выслушивание, без сомнения и критики. Уточните также сведения о близких людях, так как именно они часто являются резервными источниками помощи и поддержки.

**Второй этап беседы.** В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась конфликтная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние собеседника. Один из наиболее существенных моментов этого этапа - снятие ощущения безвыходности ситуации. Постарайтесь убедить его в том, что хотя вы, как и он, считаете ситуацию очень серьёзной и значимой, но подобные ситуации возникают и у других людей и что положение дел поправимо. В завершение этого этапа беседы целесообразно использовать приём «определения конфликта», т.е. высказать чёткую формулировку ситуации, переживаемой человеком.

**Третий этап беседы.** Этот этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда в планировании ваш собеседник играет ведущую роль. Если он испытывает затруднения, предложите определенный вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса. Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи и для ближайших задач предлагается несколько предварительных решений. Итогом этого этапа беседы должен стать конструктивный план поведения, направленный на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Если имели место суицидальные высказывания, надо постараться убедить собеседника отложить столь крайнюю меру «на потом», предложить прежде предпринять еще какие-нибудь меры или дождаться определённых событий, которые должны наступить в недалёком будущем. Опыт показывает, что такая тактика более эффективна, чем прямое «отговаривание» от попытки самоубийства или осуждение подобной попытки.

**Завершающий этап беседы.** Этот этап окончательного формулирования решения, активной психологической поддержки и придания человеку уверенности в своих силах и возможностях. План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко.

Если в ходе беседы несовершеннолетний неуверенно предлагал варианты разрешения кризисной ситуации, пессимистически оценивал будущее, активно высказывал суицидальные мысли, то необходимо

безотлагательно направлять его в лечебное учреждение. Желательно, чтобы он посетил специалиста-психолога. Однако нельзя допускать никаких действий вопреки желанию собеседника. Любая информация, сообщенная вам в ходе беседы, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в коллективе.

Необходимо отметить, что уже период латентного пресуицида требует не только социальных мер и работы психолога, но и лечебных мероприятий, таких как фармакотерапия и психотерапия. Поэтому уже с этого этапа, психолог должен работать совместно с врачом-специалистом. В манифестный период пресуицида показана госпитализация или амбулаторная терапия с обеспеченным надзором, а в острый пресуицид – срочная госпитализация.

**Основные рекомендации по организации работы с подростком после проведенной беседы и консультации с психологом или психиатром:**

- отнеситесь ко всем высказываниям Вашего собеседника очень серьезно;
- продумайте план оказания реальной помощи;
- учитывая повышенную вероятность рецидивных действий, создайте для него на какой-то период более спокойные («щадящие») условия учебы или время препровождения;
- не оставляйте подростка без контроля и внимания;
- ставьте несложные задачи, успешное выполнение которых будет способствовать повышению самооценки личности;
- постоянно ведите с подростком беседы, разговоры, при этом не требуйте от него, чтобы говорил он, возьмите роль активного участника диалога на себя;
- проявляйте интерес ко всему, о чем рассказывает подросток, что его волнует;
- попытайтесь максимально изменить обстановку вокруг подростка, но сделайте это ненавязчиво, так, чтобы это выглядело его решением.

**Комплексный медико-социальный подход к реабилитации суицидентов и профилактике суицидального поведения в группе лиц подросткового возраста может заключаться в следующем:**

1. Предоставление подростку возможности быть самостоятельным. Делегирование прав подросткам необходимо сочетать с формированием

чувства ответственности за свои действия и высоким уровнем контроля над выполнением задания.

2. Создание условий психологической и педагогической поддержки подростков на этапе перехода к самостоятельной жизни.

3. Обеспечение возможности подросткам участвовать в системе трудовой деятельности с обязательным реальным стимулированием по результатам труда в качестве альтернативы поиска детьми самостоятельного заработка, зачастую криминогенного характера.

4. Введение в практику работы образовательных учреждений мероприятий по психологическому образованию родителей (законных представителей).

5. Максимальное вовлечение детей в организованный летний отдых, организация детского досуга в течение учебного года и в каникулярное время.

6. Организация психолого-педагогического и юридического контроля над содержанием информации в СМИ, теле- и радиопрограмм для детей и юношества.

7. Проведение на всех ведомственных направлениях (педагоги образовательных учреждений, медицинские психологи, участковые педиатры) работы по выявлению суицидальных тенденций у несовершеннолетних с выделением «группы риска» по этому фактору.

8. Проведение повышенной медико-социальной коррекции в случаях обнаружения наследственной суицидальной отягощенности у несовершеннолетнего, а также в случаях депрессивной и психопатоподобной симптоматики подростков.

9. Организация при лечебно-профилактических учреждениях кабинетов психолого-педагогической поддержки для подростков, в том числе и анонимных, отделений социально - психологической помощи при кризисных состояниях, молодежных объединений «анонимных наркоманов, алкоголиков».

10. Эффективное взаимодействие и преемственность между специалистами различных служб, оказывающих социально-медицинскую социально-психологическую и социально-педагогическую помощь подросткам.

11. Специальная профессиональная подготовка специалистов, занимающихся проблемами детской девиаций, в том числе суицидального поведения несовершеннолетних.

12. Обеспечение обязательного осмотра психиатром или психотерапевтом подростка, проявляющего суицидальные наклонности.

13. Разработка единых требований к оформлению следственных материалов дела с целью получения полной, достоверной информации.

14. Санитарное, медицинское, психологическое просвещение несовершеннолетних.

Таким образом, профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних требует проведения комплекса совместных мероприятий по выявлению подростков с нервно-психическими расстройствами и состояниями психоэмоционального напряжения. Принципами реабилитации суицидентов являются непрерывность, своевременность, комплексность, продолжительность. В реабилитационных мероприятиях должны принимать участие медицинские, образовательные учреждения, учреждения социального обслуживания, учреждения спорта, культуры и искусства органы опеки и попечительства, комиссия по делам несовершеннолетних.