

Министерство общего и профессионального образования Свердловской области
Государственное автономное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования Свердловской области
«Институт развития образования»
Кафедра педагогики и психологии

Организация выявления и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, склонных к суицидальному поведению

Методические рекомендации

Екатеринбург
2017

*Утверждено Научно-методическим советом ГАОУ ДПО СО «ИРО»,
протокол № 9 от 20.06.2017.*

Авторы-составители:

Трофимова О.А. к.п.н., доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии
ГАОУ ДПО СО «ИРО»;

Закревская О.В. доцент кафедры педагогики и психологии ГАОУ ДПО
СО «ИРО» -

- О-64 **Организация выявления и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, склонных к суицидальному поведению:** методические рекомендации / Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Свердловской области «Институт развития образования», Кафедра педагогики и психологии; авт.-сост.: О. А. Трофимова, О. В. Закревская. – Екатеринбург: ГАОУ ДПО СО «ИРО». – 2017. – 72 с.

Методические рекомендации «Организация выявления и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, склонных к суицидальному поведению» ориентированы педагогам образовательных организаций с целью своевременного выявления и психолого-педагогического сопровождения детей и подростков, склонных к суицидальному поведению.

Данные рекомендации раскрывают особенности суицидального поведения подростков, определяют возможности педагогических работников по профилактике суицидального поведения обучающихся.

ББК 74.66

Содержание

Введение	4
Раздел 1. Нормативно-правовые основы в работе специалиста по профилактике, диагностике и коррекции суицидального поведения детей и подростков	6
Раздел 2. Основные понятия в области суицидального поведения. Динамика развития суицидального поведения	9
Раздел 3. Особенности суицидального поведения несовершеннолетних	12
3.1. Психофизиологические особенности подростков	12
3.2. Акцентуации характера как фактор суицидального риска в подростковом возрасте	14
3.3. Специфика суицидального поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста.....	16
3.4. Особенности суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте	17
Раздел 4. Выявление детей, склонных к суицидальному поведению.....	22
4.1. Причины, мотивы, функции, формы и факторы риска суицидального поведения подростков	22
4.2. Психолого-педагогическая диагностика суицидального риска	35
4.3. Конфликт и суицидально-опасная ситуация	37
Раздел 5. Сопровождение детей, склонных к суицидальному поведению	39
5.1. Принципы профилактической работы с несовершеннолетними	39
5.2. Формы и методы работы по осуществлению превентивных мер	40
Список литературы.....	48
Приложения	51

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие во всем мире наблюдается тенденция к росту числа самоубийств. Суицидальное поведение несовершеннолетних в настоящее время является глобальной социально-психологической проблемой. Моральное, физическое насилие, порочные методы воспитания, педагогическая и социальная запущенность сопутствуют жизни многих современных детей.

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

В науке существует термин – «пубертатный суицид». Им обозначают целое явление, это – подростковые самоубийства. Психическая организация подростка неустойчива, причем на всех уровнях: интеллекта, чувств, эмоций. Подростки крайне нестабильны в самооценке и при этом – большие максималисты; они всегда сомневаются в своих знаниях и способностях, для них характерна частая смена настроения, тревожность. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

Суицидальные личности этой возрастной группы могут быть адекватно приспособленными к школе и полностью свободны от проблем, но в этом возрасте человек проходит хаотический кризис идентификации и/или борьбу за независимость. В подростковом сознании суицид часто не имеет истинных завершённых форм, а замыслы, мысли, попытки – это демонстративно-шантажное поведение. Большинство самоубийц, как правило, вовсе не хотели умереть, а только достучаться до кого-то, позвать на помощь, обратить внимание на свои проблемы.

Среди специалистов принято разделять самоубийц на 2 категории. Первая – это те, для кого смерть, прекращение жизни является целью фатального поступка. К такой смерти больше идут осознанно. Для другой категории суицид является средством прекращения неудовлетворяющей обстановки, обстоятельств, невыносимых страданий. **Детский суицид чаще является средством ухода от страшной для них жизни, а не целью завершить жизнь, умереть.**

Суицидальная готовность, или суицидальная активность, – это частые или навязчивые мысли, фантазии, намерения, высказывания, угрозы о самоубийстве, попытки самоубийства. К факторам суицидальной готовности в последнее время относят также наличие суицидов у близких родственников, у ближайшего значимого окружения (друзья, соседи и т.д.), суицидальные попытки, освещаемые в СМИ и Интернете.

Суицидальная готовность может развиваться у легкоранимых, впечатлительных обидчивых детей с повышенной тревожностью, навязчивыми страхами, фобиями, с чувством вины, склонных к застреванию на негативных эмоциях. Чувства отчаяния, безнадежности, одиночества, беспомощ-

ности, аффективные расстройства с частой сменой настроения или постоянно пониженным фоном настроения, низкая самооценка часто бывают присущи детям с суицидальной активностью.

Интенсивность страданий, толкающих к суициду настолько высока и невыносима для ребенка, что на этой почве любое, даже, казалось бы, рядовое событие может довести до сужения сознания и стать толчком или внешним поводом к суициду. Для кого-то это плохая оценка, для кого-то – смерть любимой собаки.

Цель суицида у таких детей парадоксальна – **достучаться до взрослых, изменить невыносимую ситуацию!**

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

При организации и проведении в образовательных организациях работы по профилактике суицидов необходимо руководствоваться соответствующими нормативными правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации и Свердловской области.

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

Нормативные правовые акты. Общая часть

- Конвенция о правах ребенка (Постановление ВС СССР от 13.06.90 №1559-1 «О ратификации Конвенции о правах ребенка»).

- Обращение Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 20.07.01 № 290-СФ «К Президенту Российской Федерации В.В. Путину в связи с необходимостью учреждения института Уполномоченного по правам ребенка в Российской Федерации».

Конституция РФ, Кодексы РФ:

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

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

- Федеральный закон от 24.07.98 № 124 «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

- Федеральный закон от 21.12.96 № 159 «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

- Указ Президента РФ от 14.05.96 № 712 «Об основных направлениях государственной семейной политики».

Федеральный уровень:

Основными нормативными документами по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних являются:

- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 22-06-86 от 26.01.2000.
- Письмо МО РФ «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков» № 03-51-102ин/22-03 от 29.05.2003.
- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» № 01-130/07-01 от 20.09.04.
- Письмо МО РФ «О мерах по профилактике суицида и суицидального поведения среди детей и подростков» № 01-29/1218 от 18.07.06.
- Письмо МО РФ «О суицидальной ситуации среди несовершеннолетних» № 03-03/5556 от 04.08.2011.
- Письмо МО РФ «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида» № 07-149 от 18.01.2016.
- Решение Коллегии МО РФ «Об обеспечении психологической безопасности образовательной среды в профилактике кризисных состояний учащихся» от 08.06.07.
- Приказ МО РФ «Об усилении мер профилактики суицидального поведения среди обучающихся» № 01-08/4097 от 09.12.08.
- Информация о совершенствовании деятельности в сфере профилактики суицидального поведения несовершеннолетних, поступившую на имя Президента Российской Федерации Д.А. Медведева от Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П.А. Астахова.

Региональный уровень:

- Письмо Министерства общего и профессионального образования Свердловской области руководителям органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования «О мерах по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних» № 03-03-05/2036 от 21.03.2012.
- Письмо Министерства общего и профессионального образования Свердловской области руководителям подведомственных образовательных учреждений «О мерах по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних» № 03-03-06/2036 от 21.03.2012.

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

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

- тематический план работы месячника по предотвращению самоубийств среди детей и подростков. План включает мероприятия для учащихся, родителей, педагогов. Содержание данного плана входит в состав плана воспитательно-профилактической работы СППС и плана работы педагога-психолога на год;

- аналитический отчет о проведении месячника (отчет о проведении мероприятий, количестве учащихся и родителей, принявших в них участие, направляется учреждением образования в отдел образования);

- банк данных об учащихся группы суицидального риска (средняя и высокая степень риска);

- индивидуальные психодиагностические материалы учащихся группы суицидального риска, которые хранятся до выпуска обучающихся из учреждения образования;

- программы индивидуального сопровождения учащихся группы суицидального риска;

- рекомендации родителям, педагогам, классным руководителям по взаимодействию с учащимися группы суицидального риска;

- просветительские материалы для учащихся, родителей, педагогов-предметников, классных руководителей по профилактике суицидов, пропагандирующие ценность жизни, позитивное мировосприятие (входят в методическую копилку педагога-психолога);

- сценарные планы и разработки воспитательно-профилактических мероприятий (конкурсов творческих работ учащихся, массовых праздников, в том числе психологической направленности, конференций, дискуссий и др.). Такие мероприятия могут проводиться как самостоятельно педагогом-психологом, так и совместно с другими специалистами социально-педагогической сферы, отделения реабилитации, социально-психологической службы.

Раздел 2. Основные понятия в области суицидального поведения. Динамика развития суицидального поведения

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

Отечественная наука трактует **суицид** как действия, содержащие в явном или неявном виде намерение лишения себя жизни. Ряд отечественных исследователей (А.Г. Амбрумова, Е.М. Бруно, Н.Д. Кибрик и др.) отмечают принципиальное отличие суицида подростка от суицида взрослого человека. Согласно концепции А.Г. Амбрумовой [1], суицид рассматривается как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта. Наряду с этим выделены самоубийства (истинные суициды) и попытки самоубийства (незавершенные суициды).

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

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

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

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

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

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

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

Если процесс продолжается, то на следующем этапе пресуицида мы видим пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например: «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться», «хорошо бы заболеть какой-нибудь страшной болезнью!», и тому подобные размышления, выражающие внутреннюю готовность человека к суициду.

Этим двум этапам пресуицидального периода характерны антивитальные переживания: переживание отсутствия ценности жизни.

На третьем этапе пресуицидального периода возникает осознанное желание умереть. Для этого периода характерно наличие суицидальных замыслов. Возникает внутреннее суицидальное поведение.

В этот момент происходит разработка плана суицида, продумывается способ, выбирается время и место действия.

Длительность пресуицидального поведения колеблется в подростковом возрасте от нескольких секунд до нескольких лет. Это создает большие трудности в работе с подростками, так как никогда нельзя предвидеть, с какой скоростью может развиваться этого периода.

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

Для этого периода характерны суицидальные мысли (замыслы), суицидальные намерения, суицидальная готовность, суицидальные угрозы, суицидальные попытки, завершённый суицид. Внутреннее суицидальное поведение трансформируется во внешнее суицидальное поведение.

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

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

В суицидальном поведении выделяют еще постсуицидальный период, который оценивается по отношению к суициду и по времени.

ГАОУ ДПО СО "Институт развития образования"
Свердловской области

Раздел 3. Особенности суицидального поведения несовершеннолетних

3.1. Психофизиологические особенности подростков

Подростковый возраст – противоречивый, остро протекающий переход от детства к взрослости. С одной стороны, для этого сложного периода показательны негативные проявления, дисгармоничность в строении личности, свёртывание прежде установившейся системы интересов ребёнка, протестующий характер его поведения по отношению к взрослым, с другой стороны, подростковый возраст отличается и множеством положительных особенностей: возрастает самостоятельность ребёнка, более разнообразными и содержательными становятся отношения с другими детьми и взрослыми, значительно расширяется сфера его деятельности и т.д.

Основная особенность подросткового периода – резкие, затрагивающие все стороны развития, качественные изменения. Психическое развитие происходит неравномерно: одни стороны психики развиваются быстрее, другие медленнее. Чувство взрослости занимает одно из самых существенных мест во внутренней позиции подростка. Но реализовать эту потребность в серьёзной деятельности подросток, как правило, не может. Отсюда стремление к «внешней взрослости», которая проявляется в изменении внешнего облика в соответствии с модой взрослых, в преувеличенном интересе к проблемам пола, курении, употреблении спиртных напитков и т.д.

Повышенное внимание подростка к своей внешности связано с определёнными особенностями психического развития ребёнка в этот период, со сменной ориентации подростков с взрослых на сверстников. Поэтому подростку очень важно отвечать тем нормам, которые приняты в его среде.

Подростковый возраст – это период отчуждённости от взрослых. У них ярко выражено как стремление противопоставить себя взрослым, отстаивать собственную точку зрения, независимость, права, так и ожидание от взрослых помощи, поддержки, доверия, важность их одобрения и оценок.

Центральное новообразование этого периода – становление уровня самосознания, «Я-концепции», которая способствует достижению внутренней согласованности личности, определяет интерпретацию приобретённого опыта и является источником ожиданий относительно самого себя.

Представления, чувства, идеи подростка часто вступают в противоречие с другими его представлениями, что приводит к ситуации психологического дискомфорта ребёнка. Чтобы вернуть себе психологический комфорт, подросток готов предпринимать различные действия, которые способствовали бы восстановлению утраченного равновесия, в том числе и деструктивные, очень опасные.

Подростки – особая социально-психологическая группа, имеющая свои нормы, установки, формы поведения, которые образуют собственную подрост-

ковую субкультуру. В психологическом развитии многих детей наступает переломный момент, известный под названием «подросткового кризиса». Внешне это проявляется в грубости и нарочитости поведения подростка, стремлении поступать наперекор требованиям взрослых, в игнорировании замечаний, замкнутости и т. д.

Подростковый кризис является пиком переходного периода от детства к взрослости. Подростки критично относятся к отрицательным чертам своего характера, переживают из-за тех черт, которые мешают им в дружбе и взаимоотношениях с другими людьми. Переживания эти особо возрастают в силу замечаний родителей или учителей об отрицательных чертах их характера, а это в свою очередь приводит к аффективным вспышкам и конфликтам.

Кризис подросткового возраста можно определить по отклоняющемуся поведению детей, которые не только обращают на себя внимание, но и настаивают взрослых. Отклонения в поведении детей и подростков могут быть обусловлены следующими группами причин:

а) социально-педагогической запущенностью, когда ребёнок-подросток ведёт себя неправильно в силу своей невоспитанности, отсутствия у него необходимых позитивных знаний, умений, навыков или в силу испорченности неправильным воспитанием, сформированностью у него негативных стереотипов поведения;

б) глубоким психическим дискомфортом, вызванным неблагополучием семейных отношений, отрицательным психическим микроклиматом в семье, систематическими учебными неудачами, не сложившимися отношениями со сверстниками в коллективе, неправильным отношением к нему со стороны родителей, товарищей по классу;

в) отклонениями в состоянии психического и физического здоровья и развития, возрастными кризисами, акцентуациями характера и другими причинами физиологического и психоневрологического типа;

г) отсутствием условий для самовыражения, разумного проявления внешней и внутренней активности, незанятость какими-то полезными видами деятельности, отсутствие позитивных и значимых социальных, а также личных жизненных целей и планов;

д) безнадзорностью, отрицательным влиянием окружающей среды и развивающейся на этой основе социально-психологической дезадаптации, смешением социальных и личных ценностей с позитивных на негативные.

В итоге зарождаются чувства одиночества, заброшенности, своей ненужности, незащищённости. Возникает чувство протеста, отчуждения, неприязни, по отношению к взрослым, стремление к объединению в кооперации, самоорганизации на основе единомыслия, общности, судьбы, интересов и склонностей. Особенности личности подростка часто оказываются противоречивыми, что приводит часто к поведенческим отклонениям, таким как аффективная заряженность поведенческих реакций, импульсивный характер реагирования на

фрустрирующую ситуацию, кратковременность реакций с критическими выходами, готовность к девиантному поведению.

Поэтому очень важно, чтобы родители и учителя помогли подросткам справиться с внутренними конфликтами, а это требует от взрослых гибкости поведения.

3.2. Акцентуации характера как фактор суицидального риска в подростковом возрасте

Патологические черты характера обнаруживаются в подростковом возрасте особенно ярко. Подросток с определённой акцентуацией проявляет свой тип характера в семье и в школе, со сверстниками, с взрослыми, в учёбе и на отдыхе, в развлечениях и в труде и, в привычных условиях и экстремальных ситуациях.

Обычно акцентуации у подростков развиваются в период становления характера и сглаживаются с взрослением. Сами же особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а в определённой обстановке.

А.Е. Личко отмечает, что суицидальное поведение у подростков – это в основном проблема «пограничной психиатрии», т.е. области изучения психопатий и не психотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера.

Лишь в 10% у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». А.Е. Личко выделяет три типа суицидального поведения у подростков: демонстративное, аффективное и истинное.

1. **Демонстративное** – истинное намерение покончить с жизнью отсутствует, доминирующую роль играет желание избавиться от неприятностей, наказания или вызвать жалость, сочувствие, заполучить репутацию исключительной личности. Обычно адресуются конкретному лицу и имеют тенденцию повторяться.

2. **Аффективное** (короткое замыкание) – как реакция на острые аффективные ситуации (унижение на глазах окружающих, уязвлённое самолюбие, утрата надежд и т.д.). Глубина аффекта столь велика, например, на фоне уже имеющейся депрессии, что формируется истинное суицидальное желание, доводимое до завершения.

3. **Истинное** – обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой, побуждаемое цепью неудач и разочарований. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка была эффективной, чтобы ей не мешали.

У большинства подростков-суицидентов были выявлены следующие особенности личности [8]:

– наличие определённых акцентуаций характера (истероидная, сензитивная, эмоционально-лабильная, возбудимая, эмотивная);

– сниженные показатели настроения: они менее удовлетворены жизнью, чем остальные сверстники, более скованны в проявлении чувств, в межличностных отношениях более ранимы;

– юные суициденты более депрессивны и враждебны, чем их сверстники, не совершавшие попыток суицида;

– многие из них имеют опыт столкновения со смертью в близком окружении.

Акцентуации характера и суицидальное поведение подростков. При выявлении подростков группы риска по суицидальному поведению необходимо иметь представления об акцентуациях характера.

Гипертимный тип акцентуации. Для подростков с данным типом акцентуации склонность к суицидальному поведению не свойственна, но зачастую присутствует аддиктивное поведение (употребление алкоголя, наркотиков и др.).

У подростков **циклоидного типа** возможность суицида зависит от фазы. В субдепрессивной фазе характерно суицидальное поведение.

Суицидальные попытки совершаются обычно в стрессовой ситуации на высоте аффекта, когда самолюбие подростка уязвлено публично, его не покидают мысли о собственной неполноценности, непригодности, безволии.

Эмоционально-лабильные подростки склонны к суицидному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют (в тот же день). Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности переживать данное событие.

Основной чертой **сенситивных** подростков является чувство собственной неполноценности. Они не делятся своими переживаниями, накапливая, аккумулируя чувство вины за свою неполноценность, постепенно приходя к мысли о невозможности и бессмысленности своего существования.

Подростки **с психастенической и шизоидной акцентуациями** характера не предрасположены к совершению суицидов.

Эпилептоидный тип акцентуации предполагает риск самоубийства.

Истинные суициды встречаются у эпилептоидных психопатов.

Доминирует демонстративная форма. Мотивом зачастую служит желание причинить обидчику вред, напугать кого-то, добиваясь своих целей. Но демонстративные по форме намерения при сильном аффекте могут стать неконтролируемыми и обернуться трагедией.

Главной чертой подростков **истероидного типа** является демонстративность, они склонны к шантажу, в том числе и к суицидальному. Стремятся произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать, но главное привлечь к себе внимание.

Демонстративность суицида может обернуться реальным самоубийством из-за несчастного случая.

Подростки с *неустойчивым типом акцентуации* характера имеют слабую волевою сферу в организации своего поведения, что составляет большой риск раннего алкоголизма, наркомании, токсикомании, вовлечения в асоциальные группы.

3.3. Специфика суицидального поведения детей дошкольного и младшего школьного возраста

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

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

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

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

Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения; иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже не-

значительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеет отягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания – гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще всего связаны с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения.

3.4. Особенности суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте

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

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

Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны.

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

Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на «второе рождение» характерно для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.). Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких; не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как

длительное отсутствие или иное существование. Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности.

У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. «Метафизическая интоксикация», свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.

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

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

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

Влияние возрастного фактора на суицидальный синдром достаточно явно прослеживается в следующих данных: влечению к смерти в острой форме подвержены 1,3% 10–11-летних подростков, 1,9% – в возрасте 12–13 лет, 2,7% – 14–15-летних и 4,5% – в возрасте от 16 до 18 лет. Объяснение этого феномена

кроется в «пересоциализации» личности с детской модели взаимоотношений с окружающим социальным миром на взрослую, более ответственную модель поведения. Девочки же, раньше взрослея, острее чувствуют на себе этот процесс.

В генезе суицидального поведения в подростковом возрасте также существенно влияние семейного фактора. Отец и мать, по данным исследования, являются идеалом лишь у 21% «проблемных» подростков, в группе «нормальных» мальчиков и девочек этот показатель составляет 41% (для отца) и 56% (для матери). Наибольшим доверием у подростков пользуются мамы (77% всех опрошенных мальчиков и девочек). Однако чем сильнее у подростка выражен суицидальный синдром, тем реже он доверит свои тревоги даже матери, еще реже отцу (23–29%). Потеря доверительной связи с родителями – вот один из сильнейших стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о самоубийстве мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям. Хорошие взаимоотношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1%, наоборот, постоянные ссоры ведут к увеличению этого риска до 18%. Но болезненнее всего дети воспринимают даже не конфликты с родителями, а их холодное безразличие к себе. Смертельный холод одиночества чувствуется в ответах 17% маленьких людей, когда они говорят, что в тяжелые минуты своей жизни они не хотят (или не могут) обратиться за помощью ни к кому. Нет, стало быть, среди десятков окружающих людей – родных, близких, приятелей и учителей – ни единого человека, с кем маленький человек смог бы разделить свою большую боль, облегчить душу, получить лечебное сочувствие или полезный совет.

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

Основные мотивы суицидального поведения детей:

32% – обида;

30% – протест;

38% – одиночество, стыд, недовольство собой.

Соотношение попыток и смертей у подростков – 50 : 1. Соотношение суицидальных попыток девочек и мальчиков – 2,5 : 1. Среди демонстрационных попыток это соотношение составляет 4,3 : 1. До 19 лет среди суицидентов больше девочек. Состояние подростков, совершивших суицидальную попытку,

определяется «следами» пережитой психотравмирующей ситуации, динамикой психического состояния после суицида, особенностями личностно-характерологического реагирования, дополнительными переживаниями, связанными с суицидальной попыткой и соматическими последствиями попытки, семейным микроклиматом и обстановкой в окружающей среде.

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

- депрессивные подростки;
- подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- подростки, которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- одаренные подростки;
- подростки с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девочки;
- подростки, жертвы насилия.

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

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

Подводя итоги, отметим специфичные для подростков проявления.

- У подростков нет по настоящему осмысленной картины смерти. Взрослый человек осознает, что смерть – это конец жизни, а подросток до конца не понимает этого. Для них это в какой-то мере виртуальная игра.
- Для подростков важны три сферы: семья, школа, ровесники.

- Причина самоубийства в подростковом возрасте может быть на первый взгляд незначительной, пустяковой или даже случайной.
- На формирование суицидального поведения подростка может оказать подростковая субкультура.
- У подростков могут отсутствовать стадии, предшествующие собственно суициду, т.е. идеи и намерения.
- Подростку очень трудно вербализовать (объяснить) что с ним происходит, описать свое состояние или проблему.
- Для подростка, нередко, страшнее жить в той реальности, которая у него есть, нежели умереть.
- Подростковый суицид – это чаще всего крик о помощи, попытка обратить на себя внимание, попытка решить свои проблемы «по-взрослому».

Раздел 4. Выявление детей, склонных к суицидальному поведению

4.1. Причины, мотивы, функции, формы и факторы риска суицидального поведения подростков

Психологический смысл подросткового суицида (суицидального поведения) – это «крик о помощи», стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть, как правило, в этом возрасте нет, представление о смерти крайне неотчётливо, инфантильно. Е.М. Вроно отмечает, что желание устраниваться лишь на время, «умереть не до конца» является типичным подростковым решением трудной ситуации [5]. Смерть представляется желаемым длительным сном, отдыхом от невзгод, способом попасть в другой мир.

Э. Шнейдман выделяет такие общие черты, свойственные всем суицидентам [17]:

- **Общая цель всех суицидентов – поиск решения.** Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные переживания.

- **Общим стимулом при суициде является невыносимая психическая (душевная) боль.** Боль рассматривается как мучение, душевные страдания и терзания. Невыносимая душевная боль является тем, от чего хочется избавиться или убежать. Никто не совершает суицид от радости.

- **Общей суицидальной эмоцией является беспомощность.** В суицидальном состоянии человек испытывает состояние безнадежности, бессилия, беспросветности, уныния, нередко депрессии.

- **Общим внутренним отношением к суициду является двойственность (амбивалентность).** Это одновременное переживание двух противоположных чувств, например, любовь и ненависть. Каждый суицидент хочет умереть, но так, чтобы его спасли.

- **Общим действием при суициде является бегство (агрессия).** Смыслом самоубийства является избегание чего-то. Так по его мнению можно кардинально изменить свою жизнь.

- **Общей закономерностью является соответствие общему стилю поведения в жизни.**

Г. Сейр [16], анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, выделил четыре основные причины самоубийства:

- **изоляция** (чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется);

- **беспомощность** (ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все зависит не от тебя);

- **безнадежность** (когда будущее не предвещает ничего хорошего);

- **чувство собственной незначимости** (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя).

Часто смерть видится средством наказать обидчиков. Да и представление о ценности собственной жизни ещё не сформировано.

По мнению А.Н. Волковой [9], самоубийства подростков имеют обычно следующие характерные черты:

1. Суициду предшествуют кратковременные, объективно не тяжёлые конфликты в сферах близких отношений (семья, школа, другие референтные группы);
2. Конфликты воспринимаются как крайне значимые и травматичные, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий;
3. Суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, мужественное решение и т.д.;
4. Суицидальное поведение демонстративно;
5. Суицидальное решение появляется в порыве, состоянии аффекта и в нём нет продуманности;
6. Средства самоубийства выбраны неумело.

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

К **причинам суицидального поведения подростков** можно отнести:

- несформированное понимание смерти;
- ранняя половая жизнь, приводящая к ранним разочарованиям, потеря любимого человека;
- стрессовые жизненные ситуации (серьёзный разлад в семье, разлука, влияние деструктивных сект и субкультур);
- уязвлённое чувство собственного достоинства;
- разрушение защит под действием алкоголя или психоактивных веществ (ПАВ);
- отождествление себя с человеком, совершившим суицид;
- различные формы страха, гнева, печали по различным поводам;
- депрессия, чувство безнадежности или беспомощности;
- насилие со стороны взрослых (около 60–70% от всех случаев);
- повышенный уровень стресса в жизни подростка;
- отягощённое социальное окружение: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого.

Не менее значимым фактором в формировании суицидального поведения является так называемый **синдром Вертера**, или массовая волна подражающих самоубийств, которая обычно прокатывается среди подростков после само-

убийства, широко освещённого телевидением или другими СМИ, либо описанного в популярном произведении литературы или кинематографа.

Подростки наиболее остро подвержены «суицидальному заражению» за счёт: незрелой психики, ещё несформировавшихся ценностей, лёгкого влияния толпы. Смерть воспринимается как игра, жизнь теряет ценность. «Покончить с собой» становится «крутым», смелым поступком. Все это происходит на фоне бездействия или незнания родителей о степени проблем взрослеющих детей.

Мотивация суицидального поведения

А.Г. Амбрумова отмечает [1], что для правильного понимания суицидального поведения необходимо ответить на два вопроса: почему человек совершил суицид и зачем он это сделал. Ответ на первый вопрос предполагает анализ условий существования суицидента: жизненной ситуации, в которой он находился, его состояния и переживаний, приведших к совершению суицидального акта. Ответ на второй вопрос предполагает изучение мотивов суицидального поведения, целей, которых человек хотел достичь, когда совершал суицидальный акт.

Проблеме мотивации суицидального поведения посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований. В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В.А. Тихоненко [9], согласно которой выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ».

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

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

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

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

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

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

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

Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп – мужчин и женщин старше 30 лет, хотя характерны и для подростков. В подростковом возрасте желание избежать наказания может быть достаточно мощным мотивом для совершения суицида. Суициды совершаются путем самоповешения, самоотравления. Алкоголь, если и принимается, то после принятия решения о самоубийстве («чтобы было легче решиться на суицид»).

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

Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

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

Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве.

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

Необходимо отметить, что у большей части суицидентов на ранних этапах суицидального поведения наблюдается состояние борьбы мотивов: с одной стороны, возникают суицидальные побуждения, с другой — появляются мысли об обязательствах перед людьми, нежелании доставить горе близким, страх смерти и прочие удерживающие человека от совершения суицидального акта мотивы. Другими словами, суициденты переживают борьбу суицидальных и антисуицидальных мотивов и чем сильнее выражены последние, тем меньше вероятность совершения суицидального акта.

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

1. Убеждения в необходимости преодоления проблемы («Как бы плохо я себя ни чувствовал, я всегда уверен, что еще не все потеряно»).
2. Ответственность за семью («У меня есть обязательства перед моей семьей»; «Я очень сильно люблю мою семью и никогда не оставлю их»).
3. Забота о детях («Дети нуждаются во мне, я должен жить ради них»).
4. Страх суицида («Я боюсь смерти и неизвестности»; «Я боюсь, что останусь в живых после попытки покончить с собой и стану инвалидом»).
5. Страх социального отвержения («Меня беспокоит, что другие станут считать меня слабым и никчемным, если я попытаюсь покончить с собой»).
6. Моральные и религиозные установки («Мои религиозные убеждения запрещают совершать суицид»).

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

Типы суицидоопасных ситуационных реакций подросткового возраста (А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно [1, 5])

1. Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания. В анамнезе – жесткое авторитарное воспитание.

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

На разных этапах подросткового возраста – раннем (12–14 лет), среднем (15–16 лет) и старшем (17–18 лет) существуют свои особенности формирования и проявления суицидального поведения, связанные со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными качествами.

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

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

Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них – скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов. Для младшего пубертата наиболее суицидоопасны внутрисемейные конфликты, для среднего и старшего – конфликты со сверст-

никами и в школе. Социально-психологические факторы играют решающую роль в стимуляции всех видов суицидального поведения. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда статус не соответствует уровню притязаний.

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

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

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

3. При суицидах «избегания» суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл – избегание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4. «Самонаказание» можно определить как протест во внутреннем плане личности конфликт при своеобразном расширении «Я» интериоризации и со-существовании 2-х ролей: «Я – судьи» и «Я – подсудимого», уничтожение в себе врага.

5. При суицидах «отказа» мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни.

Факторы суицидального риска

При анализе факторов, способствующих развитию суицидального поведения, выделены две большие группы: **групповые факторы риска** и **индивидуальные факторы риска** [1].

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

Важное значение имеет такой фактор, как **возраст** суицидента. В США и европейских странах имеются определённые пики частоты суицидов – в подростковом возрасте (15–19 лет) и пожилом возрасте (60–75 лет). Эти пики условно называют «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно. В России

также выделяют два «пиковых» периода: для парасуицидов – подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов – пожилой и старческий.

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

И.Е. Марина [11], в своем исследовании указывает на то, что, в настоящее время, суицид занимает третье место среди причин смертности после несчастных случаев и убийств в Российской Федерации. По количеству завершённых самоубийств Россия вышла на одно из первых мест в мире, поскольку в ней количество суицидов в два раза превышает показатели, определённые Всемирной организацией здравоохранения (более 40 случаев на сто тысяч населения). По данным многочисленных исследований, на одно завершённое самоубийство приходится от 10 до 20 суицидальных попыток (т.е. незавершённых суицидов), что свидетельствует об угрожающей тенденции, связанной с добровольным уходом из жизни. Особую проблему представляет подростковый суицид.

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

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

Психолого-психиатрические факторы суицидального риска

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

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

По разным данным, 29–88% людей, осуществивших завершённые суициды, страдали от *депрессии*. Самоубийство – основная причина повышенной смертности лиц с депрессией. Риск смерти в результате суицида у лиц с депрес-

сивными расстройствами составляет 12–20% (А.Г. Амбрумова). Депрессия диагностируется примерно у 2/3 лиц, совершивших попытку самоубийства.

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

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

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

Так А.Г. Амбрумова [1] отмечает, что личность со всеми ее индивидуальными особенностями представляет собой стержневую основу для понимания суицидального поведения как проявления социально-психологической дезадаптации. Среди личностных индикаторов суицидального поведения, в результате научных исследований, выделены:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- категоричность;
- незрелость суждений;
- неблагополучие коммуникативной сферы;
- неадекватная возможностям личности самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение и утрата ценности жизни;
- перфекционизм,
- когнитивная ригидность;
- дихотомичность мышления и др.

Одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства являются *прошлые попытки суицида или парасуицидальные эпизоды*. Некоторые зарубежные авторы отмечают, что у лиц с суицидальными попытками наблюдается 20–30-кратное увеличение риска самоубийства по сравнению с общей картиной для всего населения. По данным отечественных исследователей, каждый

второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства [14].

Социально-средовые факторы суицидального риска

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

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

В ряде исследований было установлено, что пережитое в прошлом физическое или сексуальное насилие значительно повышает уровень риска совершения самоубийства. Исследование, проведенное в Нидерландах на материале 1 490 подростков, показало, что у лиц, переживших сексуальное насилие, значительно чаще наблюдались суицидальное поведение, депрессия и другие виды пограничных психических расстройств, чем у их сверстников без травматического опыта. В другом исследовании было показано, что у женщин, госпитализированных с попытками самоотравления, значительно чаще отмечалось пережитое в прошлом сексуальное насилие, чем у женщин, госпитализированных по другим причинам.

Важным фактором, влияющим на суицидальное поведение, является **религия**. У верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у людей без устойчивых религиозных убеждений. Характер религиозных убеждений также влияет на показатели самоубийств. В странах, большая часть населения которых исповедует ислам или католицизм, наблюдается более низкий уровень суицидов по сравнению с другими странами, особенно теми, где доминирующую роль играет протестантство. Исследование самоубийств среди представителей различных этнических групп в Сингапуре показало, что самый низкий уровень самоубийств отмечается среди этнических малайцев – приверженцев ислама, в то время как наибольшее число самоубийств отмечается среди этнических индусов – последователей индуизма, не накладывающего строгих запретов на самоубийство.

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

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

К факторам детского и подросткового суицидального поведения можно отнести следующие:

1. Одним из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте выделяют неблагоприятную семейную обстановку. Разрушительность семейного уклада отмечена практически всеми отечественными учеными, исследовавшими проблему детского суицида.

- Ситуация длительного конфликта в семье или ситуации развода родителей. Подростку нелегко выдерживать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию».

- Утрата значимой привязанности, например, смерть мамы или любимой собаки для ребенка становится нелегким испытанием.

- Отсутствие в семье «значимого взрослого». В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.

2. Психологическая неадекватность в воспитании. Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях, а также неуставных отношений в рядах воинских частей, лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

- назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;

- наличием факта психологического или сексуального насилия;

- наличием фактов физического насилия.

3. Подростковое одиночество. В групповых социально-психологических исследованиях (например, социометрии) попадают в группу «отверженные», «козлы отпущения» и др.

- В начальной школе (7–9 лет), статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливость, неопрятность, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;

- В среднем звене (10–14 лет), статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, не успешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики.

- Для юношеского периода (14–18 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку.

4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии, в сравнении со сверстниками.

- Раннее интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами в развитии. В норме, для девочек, проявление половых признаков происходит к 11 годам, – у мальчиков – после 13 лет.

- Дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным гармоничным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей, характерен для внешнего вида подростка, интенсивный и непропорциональный увеличения внутренних органов, провоцирует эмоциональные перепады. Наблюдаются гормональные перепады и взрывы у подростка

- Яркая картина акцентуаций в подростковом возрасте.

5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для детской агрессивности характерна вспыльчивость, мгновенность, импульсивность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:

- высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;
- высокий уровень нервно-мышечного напряжения;
- высокий уровень внушаемости;
- бескомпромиссность (черно белый мир, наличие категорий только «да» и «нет», мир крайностей без полутонов).

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

Поведенческие признаки суицидального поведения:

- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- усиление жалоб на физическое недомогание;
- склонность к быстрой перемене настроения;
- жалобы на недостаток сна или повышенную сонливость;
- ухудшение или улучшение аппетита;

- признаки беспокойства;
- признаки вечной усталости;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи;
- отказ от общественной работы, от совместных дел;
- излишний риск в поступках;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- поглощённость мыслями о смерти или загробной жизни;
- необычные вспышки раздражительности;
- усиленное чувство тревоги;
- выражение безнадежности;
- приобщение к алкоголю/ наркотикам или их усиленное потребление;
- раздача подарков;
- приведение всех дел в порядок;
- разговоры о собственных похоронах;
- отсутствие планов на будущее;
- составление записки об уходе из жизни.

Вербальные признаки суицидального поведения:

Словесные заявления обучающегося, типа:

- «ненавижу жизнь»;
- «они пожалеют о том, что они мне сделали»;
- «не могу этого вынести»;
- «я покончу с собой»;
- «никому я не нужен»;
- «это выше моих сил».

Признаки высокой вероятности реализации попытки самоубийства:

- открытые высказывания о желании покончить жизнь самоубийством знакомым, родственникам, любимым;
- косвенные «намёки» на возможность суицидальных действий (например, появление в кругу друзей, родных, одноклассников с петлёй на шее, «игра» с оружием, имитирующая самоубийство...);
- активная подготовка: поиск средств (собираение таблеток, хранение отравляющих веществ, жидкостей и т.п.); фиксация на примерах самоубийств (частые разговоры о самоубийствах вообще); символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей);
- изменившийся стереотип поведения: несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных; возбуждённое поведение и повышенная общительность у малоподвижных и молчаливых; сужение круга контактов, стремление к уединению.

4.2. Психолого-педагогическая диагностика суицидального риска

Учащиеся проводят в стенах образовательной организации около 240 дней в году. Это дает возможность педагогам наблюдать за детьми в различных ситуациях: на уроках, на переменах, на внеклассных мероприятиях. Поэтому основным инструментом выявления обучающихся, склонных к суицидальному поведению, является наблюдение.

Опорой для наблюдения может стать методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер), позволяющая определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков. Преимущество этой методики заключается в том, что ориентирована она на педагогов, классных руководителей. Дает основу для наблюдения за подростком, для опроса его родителей, друзей и педагогов (см. прил. 4). Также рассчитана на педагогов методика «Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков» (А.Н. Волкова), которая позволяет прогнозировать степень суицидального риска подростков (см. прил. 2), примерная схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида (см. прил. 1).

Тестовые методики, опросники и анкеты, предназначенные для работы непосредственно с обучающимися, 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.

Любые опросники, предназначенные для работы с детьми разных возрастных групп, – инструментарий педагога-психолога образовательной организации. В работе специалистов психологических служб образовательных организаций психодиагностические методики должны использоваться выборочно, соответствовать возрасту несовершеннолетних и задачам обследования. Учитывая, что многие из них содержат прямые вопросы, использовать их рекомендуется только тогда, когда возможность суицида определена другими методами.

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. **Цветовой тест М. Люшера.** Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и

возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет.

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

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

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

4. **Диагностика суицидального поведения подростков** (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста). Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющая на формирование суицидальных наклонностей подростка (см. прил. 11).

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

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

7. **Опросник суицидального риска** (модификация Т.Н. Разуваевой) (см. прил. 3).

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

9. Тест **«Ваши суицидальные наклонности»** (З. Королева). Целью данного опросника является определение суицидальных наклонностей субъекта (см. прил. 5).

10. **Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества** Д. Рассела и М. Фергюсова. Способствует выявлению уровня ощущения одиночества личности (см. прил. 8).

11. Опросник С.Г. Корчагина **«Одиночество»**. Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростка (см. прил. 9).

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

го типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным.

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

К сожалению, не всегда действия педагогов, психологов, родителей могут предотвратить суицид. В образовательной организации будут продолжать обучаться друзья, приятели, знакомые суицидента. С ними необходимо проводить мероприятия, помогающие справиться с кризисными последствиями завершённого суицида, направленные на предотвращение копирования суицида впечатлительными подростками. Для более глубокого понимания причин суицидального поведения даже в случае завершённого суицида классный руководитель или педагог-психолог, или социальный педагог, или заместитель директора должны провести анализ и оформить психолого-педагогическое заключение по факту завершённого суицида несовершеннолетнего (см. прил. 10)

Другие возможные методики для диагностики личностных особенностей и поведения см. в приложениях 6, 7.

4.3. Конфликт и суицидально-опасная ситуация

В основе суицидального поведения, как правило, лежат конфликтные отношения подростка с социумом и семьёй.

Конфликты, связанные с учёбой и социальным взаимодействием людей: индивидуальные адаптационные трудности; неудачи выполнения конкретной задачи; конфликты с одноклассниками; кибербуллинг, межличностные конфликты с учителем, классным руководителем (мастером), руководителем ОУ или его заместителями.

Личностно-семейные конфликты: неразделённая любовь; измена любимого человека; развод; тяжёлая болезнь; смерть близких людей; половая несостоятельность.

Конфликты, обусловленные состоянием здоровья: психические заболевания; хронические соматические заболевания; физические недостатки.

Конфликты, связанные с антисоциальным поведением: страх уголовной ответственности; боязнь позора.

Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями.

Относительно проблемы суицида важным в конфликте является выделение в нём следующих аспектов:

- конфликт внешний или внутренний;
- соотношение противоположных тенденций, вызвавшие конфликт, то есть степень напряжённости конфликта;
- значимость сферы конфликта и резервов адаптации (личностно-семейные конфликты, конфликты в сфере учебы и т.д.; чем более значимой является

ся сфера конфликта, тем выше требования к адаптационным ресурсам, в случае их слабости, резко повышается вероятность суицида как способа самоустранения от продолжения любой деятельности);

- значимость признаков, источников, причин возникновения конфликта;
- значимость формальных – неформальных коммуникативных связей между сторонами, которые конфликтуют.

В каждом конкретном случае необходимо анализировать конфликт с точки зрения вышеперечисленных аспектов для поиска внешних и внутренних ресурсов, способных помочь подростку справиться с конфликтной ситуацией.

Желательно, для превенции суицидов в подростковой среде обучать молодежь конструктивным способам реагирования в конфликтах, умению понимать и контролировать эмоциональное состояние. Иначе, учитывая особенности подросткового возраста, возможно достаточно быстрый переход от рядового конфликта глубокому кризису отношений и как следствие – суицид.

С точки зрения опасности развития суицидального поведения на фоне конфликтной ситуации необходимо понимать, каким образом происходит развитие конфликта:

1. Предпозиционный этап:

- высокая психическая напряжённость;
- повышенная активность по выходу из сложившегося внутриличностного конфликта.
- Эта активность не сопровождается суицидальными действиями.

2. Критический пункт:

- значительное ограничение или сведение к нулю количества известных субъекту вариантов решения конфликта;
- субъективная оценка известных вариантов решения конфликта как неэффективных или неприемлемых.

3. Суицидальный этап (переходу к этому этапу способствует дополнительная психотравматизация):

- суицидальные мысли;
- обдумывание способов.

Необходимо помнить: то, что в поверхностном рассмотрении выступает для внешнего наблюдателя или самого субъекта как единственная и конечная причина суицида, на самом деле является лишь следствием других, более глубоких и скрытых тенденций.

Раздел 5. Сопровождение детей, склонных к суицидальному поведению

5.1. Принципы профилактической работы с несовершеннолетними

В образовательных организациях необходимо организовать профилактическую и коррекционную работу по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп.

Профилактическая работа должна быть направлена на формирование у детей и подростков позитивной адаптации к жизни, как к процессу сознательного построения относительно устойчивого равновесия в отношениях между самим собой, другими людьми и миром в целом.

При организации профилактики суицидального поведения несовершеннолетних необходимы следующие составляющие:

- Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование соответствующей информации в работе с педагогами и родителями.

- Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите и оказание им экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребёнка, снятие стрессового состояния.

- Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.

- Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп при возникновении трудных жизненных ситуаций.

- Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи ребёнку и защиты его законных прав и интересов.

- Привитие детям существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

- Формирование позитивного образа «Я», уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

- Необходимо организовать работу по таким направлениям, как:
 - работа с детьми и молодыми людьми, ставшими на путь социальной дезадаптации, но имеющими ближайшие перспективы её преодоления;
 - работа с детьми и молодыми людьми, нуждающимися в срочной психоэмоциональной поддержке;
 - работа с неблагополучными семьями.

В профилактической работе специалистам необходимо соблюдать следующие **принципы**:

- Принцип ценности личности, заключающийся в самоценности каждого участника образовательного процесса.
- Принцип уникальности личности, состоящий в признании индивидуальности каждого участника образовательного процесса.
- Принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности каждого ребенка.
- Принцип ориентации на зону ближнего развития каждого ученика.
- Принцип эмоционально-ценностных ориентаций учебно-воспитательного процесса.

5.2. Формы и методы работы по осуществлению превентивных мер

Превенция суицидов включает в себя профилактику и своевременное выявление суицидального риска.

Программа профилактики суицидального поведения образовательной организации должна решать следующие основные задачи:

1. Работа с подростками, направленная на повышение групповой сплоченности в школе, реализация общешкольных программ психического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь, на изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.
2. Работа с подростками группы высокого риска, направленная на снижение факторов риска (депрессия, чувство безнадежности, стресс, беспокойство и гнев) и усиление личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки).
3. Коррекционно-развивающая работа с обучающимися, имеющими трудности в обучении и поведении, направленная на улучшение психологической адаптации, снижение вероятности развития антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, повышение самооценки.
4. Просвещение по проблеме суицидов педагогов, родителей, что позволяет повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки.

К профилактическим мероприятиям относятся:

- психологическое просвещение,
- тренинги,
- семинары,
- групповые дискуссии,

- разработка антикризисного плана действий в экстремальных и чрезвычайных ситуациях в образовательной организации.

Кроме того, профилактическая работа может быть как групповой, так и индивидуальной, с конкретным обучающимся, педагогами, родителями.

Индивидуальная и групповая работа с учащимися включает: планирование и проведение *тренингов в группе, индивидуальных консультаций* с детьми с целью нормализации их психического и психофизиологического состояния, выстраивания позитивного будущего, формирования позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками.

Совместная деятельность с классными руководителям заключается в повышении психологической компетентности педагогов через обучение учителей на педагогических советах, семинарах, курсах повышения квалификации (желательно с приглашением специалистов в области суицидологии): о видах суицида, психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, «знаках», говорящих о суицидальных намерениях, о создании безопасной атмосферы в образовательном учреждении, возможностях получения помощи (для всех субъектов образовательной среды) в преодолении кризиса (с указанием мест её получения).

Работая с родителями подростков, необходимо планировать выступление на родительских собраниях с целью информирования родителей о психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, особенностях поведения подростка, имеющего суицидальные намерения, создании безопасной психологической атмосферы в семье, о имеющихся психологических службах. Телефоны экстренной помощи в кризисной ситуации, ссылки на интернет-ресурсы см. в приложении 12.

Профилактической работой необходимо охватить все уровни формирования суицидального поведения несовершеннолетних, а также сформулировать цели и определить систему мер по предупреждению суицидального поведения. Для эффективной профилактики необходима совместная работа педагогического коллектива, медиков (психотерапевтов, кризисных психологов, психиатров), комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, органов опеки и попечительства.

Рекомендации педагогическим работникам по профилактике суицидального поведения.

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

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

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

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

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

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

У вас может появиться фрустрация, обида или гнев, если человек не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает у помощника боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что этому человеку трудно сосредоточиться на чем-то,

кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю твою откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от тебя 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 ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?», «Как ты ду-

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

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

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

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

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

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

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои

сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, ты очень расстроен» – или: «По-моему мнению, ты сейчас заплачешь». Имеет смысл также сказать: «Ты все-таки взволнован. Может, если ты поделишься своими проблемами со мной, я постараюсь понять тебя».

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

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

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

9. **Вселяйте надежду.** Работа со склонными к саморазрушению депрессивными людьми является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой человек может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда». Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Кто-то по этому поводу остроумно заметил: «Мы смеемся над людьми, которые надеются, и отправляем в больницы тех, кто утратил надежду». Как бы то ни было, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть *не* может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и

ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Надежды должны быть обоснованными: когда корабль разбивается о камни, есть различия между надеждой доплыть до ближайшего берега или достичь противоположного берега океана. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. «Как бы ты мог изменить ситуацию?», «Какому вмешательству извне ты мог бы противостоять?», «К кому ты мог бы обратиться за помощью?» Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций. Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть; смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

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

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

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

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

При суицидальной угрозе помощь психиатров, психотерапевтов или клинических психологов обязательна!

Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека. Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги.

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

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

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

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

Список литературы Нормативные документы

1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.минобрнауки.рф. – Дата обращения: 25.12.2014
2. Профессиональный стандарт «Педагог-психолог (психолог в сфере образования)» (утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 514н от 24 июля 2015 года) [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://psyjournals.ru/files/77328/prof_standart_psychologist.pdf – Дата обращения: 11.01.2017
3. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида» [электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71218428/#ixzz4jR8YttL7> – Дата обращения: 06.06.2017

Литература

1. Амбрумова А. Г. Возрастные аспекты суицидального повеления [Текст] // В сб.: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 8–24.
2. Бек, А. Методы работы с суицидальным пациентом [Текст] / А. Бек // Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, № 1. – С. 11–13.
3. Бурмистрова, Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде) [Текст] : метод рек. для специалистов системы образования / Е. В. Бурмистрова // М.: МГППУ, 2006г. – 96с.
4. Войцех, В. В. Факторы риска повторных суицидальных попыток [Текст] / В. В. Войцех // Социальная и клиническая психотерапия, 2002, № 3. – С. 14–21.
5. Вроно, Е. М. Диагностика суицидального поведения при различных вариантах депрессии у детей и подростков. Научные и организационные проблемы суицидологи [электронный ресурс] / Е. М. Вроно. – М., 1983. – С. 80–89. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyy-vzglyad-na-problemu-podrostkovyh-suicidov>
6. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция [Текст] / Э Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. / Сост. А. Н. Моховиков // М., Когито-Центр, 2001. – С. 270–352.
7. Инновационный опыт работы по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях [Текст]: метод. рек. для руководителей и педагогических работников образовательных организа-

ций/ Под ред. О. И. Ефимовой, Н. В. Сероштановой, В. А. Березиной. – М.: АНО «ЦНПРО», 2015. – 100 с.

8. Канавина, С. С. Профилактика суицидов среди несовершеннолетних путем повышения стрессоустойчивости [Текст]: метод. рек /под ред. О. П. Ворсиной. – Иркутск: Круг, 2015. – 176 с.

9. Кондратенко, В. Т. Суицидальное поведение. Психология экстремальных ситуаций [Текст]: Хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченков. – Минск, Харвест, 1999. – 480 с.

10. Корнетов, А. Н., Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях [Текст]: метод. рек. для педагогов и кураторов / А. Н. Корнетов, И. Л. Шелехов, А. В. Силаева, Е. С. Толстолес, С. А. Морева, Е. А. Линок. – Томск: Рекламная группа Графика, 2013. – 56 с.

11. Марина, И. Е. Психологическое сопровождение личности, склонной к суицидальным формам поведения [Текст]: авт. дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук И. Е. Марина. – Красноярск, 2006. – 24 с.

12. Сакович, Н. А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков [Текст] / Н. А. Сакович. – М. Генезис, 2012. – 288 с.

13. Черепанова, Е. Психологический стресс: помощи себе и своему ребенку [Текст] / Е. Черепанова. – М.: Академия, 2006. 19 с.

14. Егоров, А. Ю. Расстройство поведения у подростков. Клинико-психологические аспекты [Текст] : монография / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2005. – 436 с.

15. Змановская, Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения) [Текст] : учеб. пособие для вузов / Е. В.Змановская. – М. : Академия, 2003. – 288 с.

16. Шнейдер, Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков [Текст] : учеб.пособие / Л. Б. Шнейдер. – М. :Академический проект, Трикста, 2005. – 336 с.

17. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы [Текст] / Э. Шнейдерман. – М. : Смысл, 2001. – 320 с.

Дополнительная литература

1. Семья и будущее России: материалы международной науч.-практ. конф. (28 февраля 2006 г.) [Текст]// Екатеринбург : Б. и., 2006. – 180 с.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. Федеральный портал Российское образование –
http://www.edu.ru/index.php?page_id=242

2. Каталог образовательных интернет-ресурсов –
http://www.edu.ru/index.php?page_id=6

3. Библиотека портала – http://www.edu.ru/index.php?page_id=242
4. Международный образовательный портал – <http://www.maam.ru>
5. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU – <http://elibrary.ru/defaultx.asp>
6. Гуманитарная электронная библиотека – <http://www.lib.ua-ru.net/katalog/41.html>
7. Электронная библиотека учебников. <http://studentam.net/content/category/1/2/5/>
8. Университетский банк данных «Ресурс образования» – <http://mgou.h11.ru>
9. Сайт «Всероссийский интернет-педсовет» – <http://pedsovet.org/forum/topic302.html>

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

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

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

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

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

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

Опросник суицидального риска модификация Т.Н. Разуваевой

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

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

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинувшись первому порыву.

Обработка результатов

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

Таблица № 1

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

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. **Демонстративность.** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной регидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.

2. **Аффективность.** Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.

3. **Уникальность.** Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. **Несостоятельность.** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

5. **Социальный пессимизм.** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».

6. **Слом культурных барьеров.** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте – инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

7. **Максимализм.** Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. **Временная перспектива.** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. **Атисуицидальный фактор.** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

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

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
І. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида	- 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытка у родственников	- 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	- 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	- 0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	- 0,5	+ 0,5	+1
ІІ. Актуальная конфликтная ситуация			
А – вид конфликта:			
1. Конфликт со взрослым человеком (педагогом, родителем)	- 0,5	+ 0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	- 0,5	+ 0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	- 0,5	+ 0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+ 0,5	+1
Б – поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывание с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
В – характер конфликтной ситуации:			
6. Подобные конфликты имели место ранее	- 0,5	+ 0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	- 0,5	+ 0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	- 0,5	+ 0,5	+1
Г – эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+ 0,5	+2
ІІІ. Характеристика личности			
А – волевая сфера личности:			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+ 0,5	+1
2. Решительность	- 0,5	+ 0,5	+1

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
3. Настойчивость	- 0,5	+ 0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+ 0,5	+1
Б – эмоциональная сфера личности:			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+ 0,5	+2
6. Доверчивость	- 0,5	+ 0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+ 1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+ 2	+3
9. Импульсивность	- 0,5	+ 0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+ 0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5	+ 0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	- 0,5	+ 0,5	+1,5

Методика «Карта риска суицида»

(модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков

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

менее 9 баллов – риск суицида незначителен;

9–15,5 баллов – риск суицида присутствует;

более 15,5 балла – риск суицида значителен.

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

Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)

Цель: определение суицидальных наклонностей субъекта.

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



Интерпретация результатов

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

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

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

4. Если вы ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ЛЕВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ, то это говорит о вашей душевной ранимости и чрезмерной чувствительности, вы остро воспринимаете несправедливость жизни и страдаете от этого. Вы склонны к

суициду, и иной раз единственное, что вас останавливает перед решительным шагом, – это ваша любовь к вашим близким людям. Вы не хотите причинять им боль и поэтому подавляете в себе суицидальные наклонности.

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

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

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

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

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

18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

Интерпретация

Максимальный счёт – 20 баллов

0–3 балла – безнадёжность не выявлена;

4–8 баллов – безнадёжность лёгкая;

9–14 баллов – безнадёжность умеренная;

15–20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

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

Диагностика враждебности (по шкале Кука – Медлей)

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

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

1. Я часто встречаю людей, называющих себя экспертами, хотя они таковыми не являются.
2. Мне часто приходилось выполнять указания людей, которые знали меньше, чем я.
3. Многих людей можно обвинить в аморальном поведении.
4. Многие люди преувеличивают тяжесть своих неудач, чтобы получить сочувствие и помощь.
5. Временами мне приходилось грубить людям, которые вели себя невежливо по отношению ко мне и действовали мне на нервы.
6. Большинство людей заводят друзей, потому что друзья могут быть полезны.
7. Часто необходимо затратить много усилий, чтобы убедить других в своей правоте.
8. Люди часто разочаровывали меня.
9. Обычно люди требуют большего уважения своих прав, чем стремятся уважать права других.
10. Большинство людей не нарушают закон, потому что боятся быть пойманными.
11. Зачастую люди прибегают к нечестным способам, чтобы не потерять возможной выгоды.
12. Я считаю, что многие люди используют ложь, для того чтобы двигаться дальше.
13. Существуют люди, которые настолько мне неприятны, что я невольно радуюсь, когда их постигают неудачи.
14. Я часто могу отойти от своих принципов, чтобы превзойти своего противника.

15. Если люди поступают со мной плохо, я обязательно отвечаю им тем же, хотя бы из принципа.
16. Как правило, я отчаянно отстаиваю свою точку зрения.
17. Некоторые члены моей семьи имеют привычки, которые меня раздражают.
18. Я не всегда легко соглашаюсь с другими.
19. Никого никогда не заботит то, что с тобой происходит.
20. Более безопасно некому не верить.
21. Я могу вести себя дружелюбно с людьми, которые, по моему мнению, поступают неверно.
22. Многие люди избегают ситуаций, в которых они должны помогать другим.
23. Я не осуждаю людей за то, что они стремятся присвоить себе все, что только можно.
24. Я не виню человека за то, что он в своих целях использует других людей, позволяющих ему это делать.
25. Меня раздражает, когда другие отрывают меня от дела.
26. Мне бы определенно понравилось, если бы преступника наказали его же преступлением.
27. Я не стремлюсь скрыть плохое мнение о других людях.

Обработка результатов и интерпретация

Ключ

* Шкала цинизма: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 19, 20, 22.

* Шкала агрессивности: 5, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 26, 27.

* Шкала враждебности: 8, 13, 17, 18, 25.

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

Интерпретация результатов для шкалы цинизма:

65 баллов и больше – высокий показатель;

40–65 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;

25–40 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;

25 баллов и меньше – низкий показатель.

Интерпретация результатов для шкалы агрессивности:

45 баллов и больше – высокий показатель;

30–45 баллов – средний показатель с тенденцией к высокому;

15–30 баллов – средний показатель с тенденцией к низкому;
15 баллов и меньше – низкий показатель.

Интерпретация результатов для шкалы враждебности:

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

ГАОУ ДПО СО "Институт развития образования"
Свердловской области

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

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

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

Обработка результатов и интерпретация

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

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

«Одиночество» опросник С.Г. Корчагиной

Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества.

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

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

Опросник

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

Обработка результатов и интерпретация

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

Ключ для измерения выраженности одиночества:

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

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

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

Обстоятельства суицида

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

Характеристика семейного окружения

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

23. Лидерство в семье
24. Отношения с родными братьями и сестрами
25. Особенности семейного воспитания

Характеристика школьного окружения

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

Взаимоотношения со сверстниками

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

Психологическая характеристика

(заполняется школьным психологом или классным руководителем)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Подписи

Дата

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

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

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

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

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

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

Ключ

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

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

Телефоны экстренной психологической помощи и др.

Телефонная линия (круглосуточно) «Ребенок в опасности» (Следственный комитет Российской Федерации по Свердловской области)	8(343)297-71-60 (с городского телефона) короткий сервисный номер: 123 (для звонков с мобильных устройств, операторы: «МТС», «БИЛАЙН», «МЕГАФОН»)
Телефон горячей линии экстренной психологической помощи МЧС РФ	8-499-216-50-50
Для России бесплатный телефон доверия	8-800-333-44-34
Телефон доверия экстренной психологической помощи	8 (495) 575 87 70
Единый общероссийский номер детского телефона доверия	8 800 2000 122
Телефон доверия для детей, подростков и родителей	8-800-300-83-83, 8(343)385-73-83
Телефон доверия ГУ МВД России по Свердловской области	8(343)358-71-61, 8(343)358-70-71
Телефон экстренной помощи (Свердловская область)	8-800-300-11-00
Интернет консультирование:	ICQ 648092345 vk.com/id270527095
Свердловская областная клиническая психиатрическая больница: <i>Детское диагностическое отделение</i> <i>Отделение № 35 – детский психиатрический стационар</i> <i>Наркологическое диспансерное отделение</i>	(343) 320-36-93 (343) 320-32-00 (343) 330-48-36 (регистратура)
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Лад»	8(34350)5-77-87, 8(34350)4-07-73 www.centerlado.ru
Сайт «Лига безопасного интернета»	http://ligainternet.ru
Сайт «Центр помощи подросткам»	www.твоятерритория.онлайн
Сайт «Дети он-лайн»	https://deti-online.com/ , линия помощи: 8-800-250-00-15 , helpline@detionline.org
Сайт «Центр безопасного интернета»	www.saferunet.org
Уполномоченный по правам ребенка в Свердловской области И.Р. Мороков	8(343)375-70-20 www.svdeti.ru
Блокировка интернет-страниц через сайт Роскомнадзора	http://rkn.gov.ru/treatments/p459/p750/