

**ПРОФИЛАКТИКА
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ**

Методические рекомендации

Министерство транспорта Российской Федерации
Федеральное агентство железнодорожного транспорта
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный государственный университет путей сообщения»



Психологический центр ДВГУПС



ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации
по алгоритмам действий

Составители: И. М. Донкан, Р. Ю. Таранец

Хабаровск
Издательство ДВГУПС
2023

УДК 616.89 (075.8)
ББК Ю96я73
П 842

Составители: И. М. Донкан, Р. Ю. Таранец

Рецензенты:

доктор социологических наук,
профессор кафедры Государственного и муниципального управления
Северо-Западного института управления Российской академии
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации
Ю. А. Тюрина;

доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии
Института повышения квалификации специалистов здравоохранения
Министерства Здравоохранения Хабаровского края
А. В. Литвинов

П 842 Профилактика суицидального поведения обучающихся : методические рекомендации по алгоритмам действий / сост. : И. М. Донкан, Р. Ю. Таранец. – Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2023. – 57 с. : ил. – Электронный ресурс.

В методических рекомендациях представлена информация по вопросам суицидального поведения. Рассмотрены особенности профилактики суицидального поведения. Даны алгоритмы действий педагогических работников в случае появления в образовательной организации обучающегося, демонстрирующего намерения совершения суицида.

Предназначены для педагогов-психологов, руководителей психологических служб, преподавателей и специалистов, работающих в системе высшего образования.

Утверждены на заседании Совета по воспитательной работе ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный университет путей сообщения» (Протокол № 11 от 21.06.2023 г.).

УДК 616.89 (075.8)
ББК Ю96я73

© ДВГУПС, 2023

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение представляет собой одну из основных проблем современного общества. Каждую минуту в мире кто-то предпринимает попытку преднамеренного самоубийства. По данным ВОЗ, в большинстве экономически развитых странах мира самоубийство входит в первую десятку причин смерти.

В истории мировой цивилизации тема суицида выступала как религиозная, юридическая, морально-этическая проблема последнего выбора, свободы, предельных состояний и самораскрытия личности.

Термин «суицидальное поведение» объединяет все проявления суицидальной активности. Это и мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения, особенно данный термин применим к подростковому возрасту, когда проявления активности отличаются многообразием.

Отмечается, что до 12 лет суицидальные попытки чрезвычайно редки. С 14–15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет.

Лишь у 10 % детей и подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90 % суицидальное поведение – это «крик о помощи». Неслучайно 80 % попыток совершаются дома в дневное и вечернее время. В среднем каждая четвертая демонстративная попытка суицида заканчивается самоубийством по неосторожности.

Общая неустойчивость, недостаточность критики, эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.

Первым шагом в решении проблемы суицидального поведения среди несовершеннолетних является его профилактика. Только совместными усилиями специалистов: педагогов, психологов, социальных и медицинских работников и семьи можно достичь положительного результата в профилактике суицида.

1. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

1.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДА

Впервые слово «суицид» как научный термин употребил в 1641 г. английский писатель, врач и философ сэр Т. Браун (1605–1682) в своей книге «Религия врача». Это слово образовано от лат. *sui caedere* – «убивать себя». Таким образом, слово «суицид» буквально означает «самоубийство, покушение на свою жизнь, самоуничтожение». В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе трехязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы, редактором первой русской газеты и директором Московской типографии Ф. П. Поликарповым-Орловым.

Суицид – это сложное и неоднозначное проявление человеческого бытия, не всегда имеющее четкие границы с другими видами смерти. Оно представляет собой проявление любой самоповреждающей активности, целью которого является лишение себя жизни. Основным проявлением суицида является **суицидальное поведение**, включающее в себя *анти-витальные переживания, суицидальные мысли, замыслы, суицидальные намерения и действия*. Человек, планирующий совершить суицид в том или ином виде, называется **суицидентом**.

Понятия, включенные в суицидальное поведение и определяющие процесс его формирования, относятся к двум последовательным периодам: **пресуицидальному** и **суицидальному**.

Пресуицидальный период характеризуется следующими особенностями: у человека появляются размышления об отсутствии ценностей жизни, неразличимые мысли и формулировки схожие с выражениями «жить не стоит», «устал о подобной жизни», «когда все закончится», «достало все» и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, но имеется отрицание жизни. Иными словами рассмотренный элемент пресуицидального периода называется **антивитальными переживаниями**.

При продолжении процесса наступает следующий период формирования суицидального поведения, именуемый непосредственно *суицидальным*. На первом этапе у человека возникают **суицидальные мысли**, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни – «хорошо бы умереть быстро, от высоты», «заснуть и не проснуться», «хорошо бы заболеть страшной болезнью» и тому подобные размышления, выражающие внутреннюю подготовку человека к суициду.

Второй этап показывает осознанное желание умереть. Для него характерно наличие **суицидальных замыслов**, в которых происходит разработка плана суицида, т.е. возможных способов, времени и мест действий суицида.

Совокупность суицидальных мыслей, замыслов и присоединение волевого компонента – мотивации на совершение действий, убежденности и уверенности в задуманном – порождает последующий этап суицидального поведения, называющийся **суицидальным намерением**. Это формирование заключительной готовности к суициду.

Заключительный этап суицидального периода – **суицидальные действия**. Это активные поступки, совокупность предыдущих этапов, которое приводит к попытке совершить самоубийство.

Ниже приведена схема формирования суицидального поведения вплоть до активных действий (рис. 1).



Рис. 1. Периоды и этапы суицидального поведения (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.)

Отметим, что некоторые авторы выделяют **постсуицидальный период** суицидального поведения, к которому относят лечение и реабилитацию суицидентов, в случае, если предпринятые ими действия не закончились летальным исходом (рис. 2).

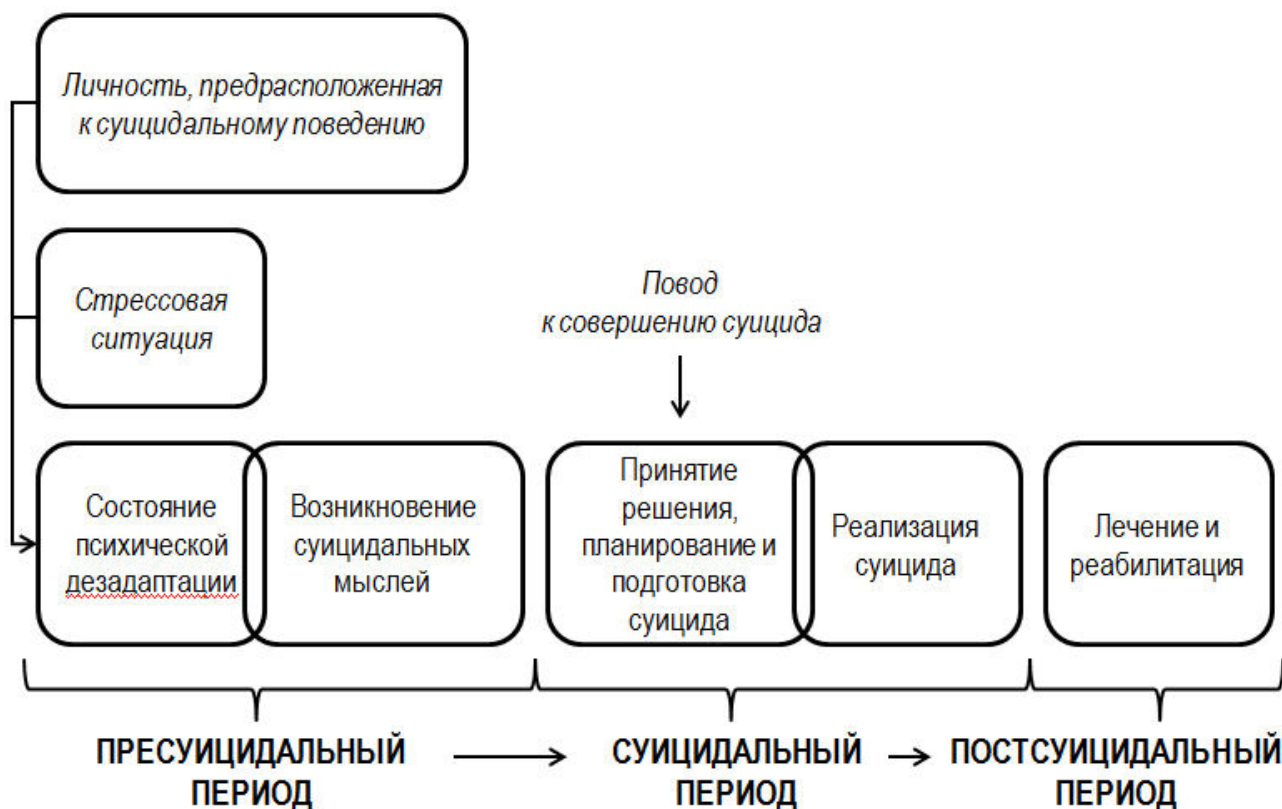


Рис. 2. Периоды и этапы суицидального поведения (альтернативный взгляд, Хрусталева Н. С.)

1.2. ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В настоящее время существует ряд различных концептуальных взглядов на предполагаемые процессы суицидального поведения, сформировавшихся с развитием социологических, клинических и психологических областей наук. Выделим следующие концепции: *социологическую, анато-антропологическую, психологическую, генетическую, биохимическую, клиническую (психиатрическую) и эклектическую.*

1.2.1. СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Первым научным трудом, объясняющим механизм формирования суицидального поведения, была работа социолога **Э. Дюркгейма** «Самоубийство. Социологический этюд», впервые изданная в 1897 г. Автор выделил четыре типа суицида: аномический, фаталистический, эгоистический и альтруистический. Первые два типа относятся к регуляции социальной жизни общества, остальные – к характеристикам личности.

Аномический суицид (аномия – нарушение закона) имеет место в обществах с внезапным нарушением регуляции социальной жизни и взаимоотношения индивида и общества. Суициды совершают лица, потерявшие связи с референтной группой (англ. *reference* – справка, сноска, т.е. социальная группа, являющаяся для индивида своеобразным стандартом, источником формирования социальных норм и ценностных ориентаций). Примерами подобных суицидов являются внезапная безработица, разводы, вынужденная миграция, экономические потрясения.

Фаталистический суицид имеет место в автократических обществах, где происходит жесткая регуляция поведения личности. Примерами являются тюрьмы, армии, военизированные организации.

Эгоистический суицид обусловлен недостаточным объединением общества, референтной группы или семьи. Общественные системы перестают регулировать и определять поведения человека. Индивид, оказавшись в одиночестве, больше подвержен суицидальному поведению. Эгоистические суициды возникают у разведенных, старшего поколения и больных людей с чувством утраты себя как части общества.

Альтруистические суициды возникают в случаях, когда социальное объединение является излишней и индивид в соответствии с общественными нормами, правилами, регламентом исполняет суицидальные действия. Например, это ритуал «сати» среди вдов в Индии, «харакири» среди потерпевших поражение мужчин в Японии, героические поступки с самопожертвованием.

Обратите внимание на краткое содержание каждого типа суицида в рамках социологической концепции (рис. 2).

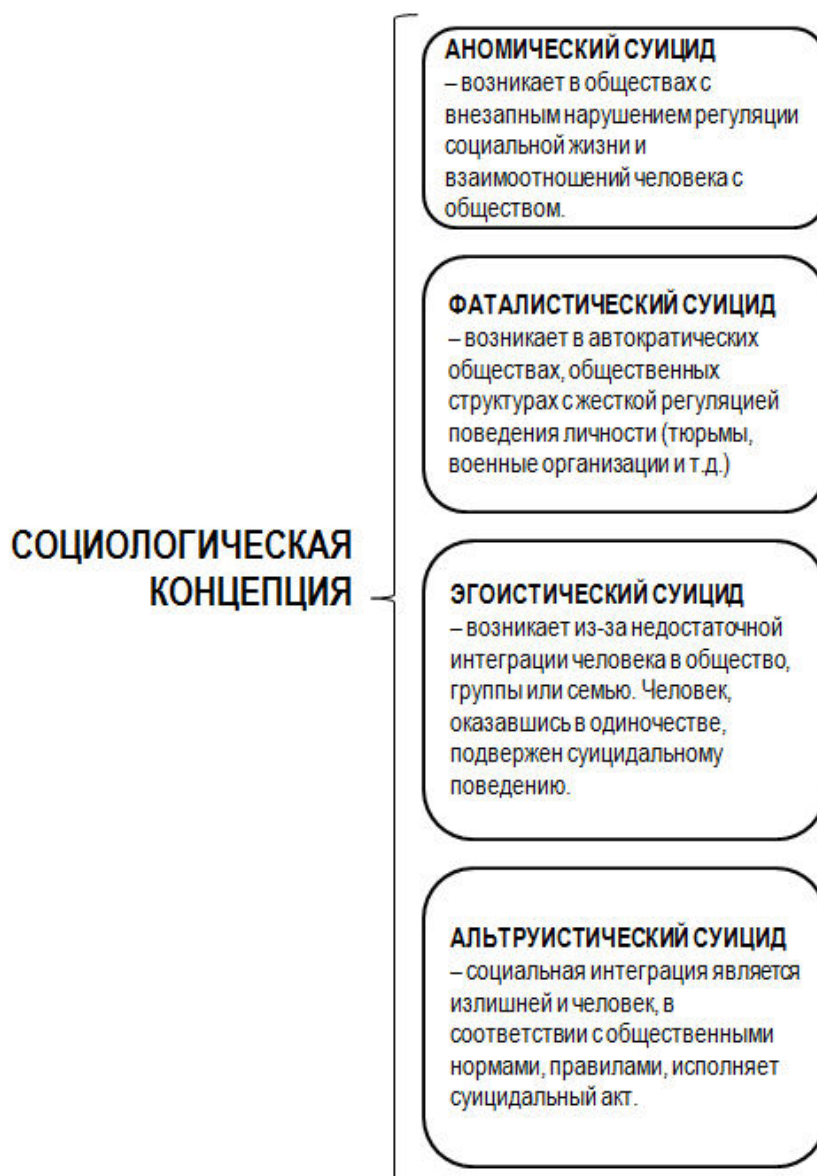


Рис. 2. Содержание социологической концепции

1.2.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ

Психодинамическое направление. Основоположник психодинамического направления в современной психологии **З. Фрейд** создал первую психологическую теорию суицидального поведения, полагая, что ненависть к самому себе, наблюдаемая при депрессиях, возникает как гнев по отношению к любимому человеку, который субъекты направляют назад, против самих себя. Исследователь рассматривал суициды как крайнюю форму этого явления.

К. Меннингер, разделяя точку зрения З. Фрейда о том, что в жизни человека существует напряженная борьба между инстинктами самосохра-

нения и саморазрушения, выделил три взаимосвязанных бессознательных механизма: месть-ненависть (желание убить), депрессия-безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Суициденту необходимо иметь желание убить. Оно проявляется в агрессии, если нет возможности исполнить свое желание или удовлетворить потребность. Суицидент не выдерживает помех, желание убить посредством психологической защиты обращается против человека и реализуется путем суицида.

Желание быть убитым является крайней формой подчинения. Требования совести нередко оказываются настолько непоколебимыми, что лишают человека внутреннего спокойствия. Чтобы быть наказанными из-за нарушения моральных норм, люди часто ставят себя в ситуацию, в которой они вынуждены страдать. В конце концов, они искупают свою вину только тем, что совершают суицид.

Важным составным побуждением самоубийства является желание умереть. Примером является рискованное поведение водителей или альпинистов, которые буквально нуждаются в том, чтобы подвергать себя постоянной опасности.

Аналитическая психология. **К. Юнг**, основатель аналитической психологии, касаясь вопроса о самоубийстве, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению. Оно может стать важной причиной смерти от собственных рук. Люди не только желают уйти от невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство, они торопятся со своим метафорическим возвращением во чрево матери. Только после этого они превратятся в детей, вновь рожденных в безопасности.

Дж. Хиллман, последователь К. Юнга, считал, что суицид является важным и законным способом обретения смерти, которая «освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души». Он цитировал английского философа Д. Юма: «Когда я падаю на свой меч, то этим я принимаю смерть от руки божества настолько же, как если бы она была следствием нападения льва, падения в пропасть или лихорадки».

Неопсихоанализ. Представитель неопсихоанализа **К. Хорни** считала, что культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в сговор с целью искажения развития личности ребенка. Чувствуя себя в опасном окружении, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни. Суицид может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности. Суицид может быть также «суицидом исполнения» из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом.

Индивидуальная психология. **А. Адлер**, основатель индивидуальной психологии, рассматривает суицид как результат кризиса, который возникает в связи с поиском человеком пути преодоления комплекса неполноценности. В итоге человек оказывается в состоянии застоя, который не позволяет ему приблизиться к реальности, что приводит к регрессии (возврату к детскому поведению). Крайней стадией регрессии является суицидальная попытка.

Трансактный анализ. Точка зрения основателя трансактного анализа – **Э. Берна** – заключается в трактовке суицидального поведения как результата формирования и развития жизненного сценария, основные черты которого закладываются еще в раннем детском возрасте, под влиянием «родительских предписаний».

Теория личностных конструктов. Автор теории личностных конструктов **Дж. Келли** истолковывал самоубийство как акт, совершаемый с целью доказать достоверность своей жизни, либо как акт ухода от действительности.

Экзистенциально-гуманистическое направление. Представители экзистенциально-гуманистического направления полагают, что основная причина самоубийств – «экзистенциальный вакуум», утрата смысла жизни.

Бихевиоральное направление. Рассматривая причину суицидального поведения, **И. П. Павлов** исходил из понятия «рефлекс цели». Рефлекс цели является основной формой побуждения человека к жизни, стремлением к обладанию определенным раздражающим предметом. Причины попыток покушения на жизнь и самоубийств заключается в кратковременном, реже – продолжительном торможении рефлекса цели.

По мнению **Г. Салливана**, автора теории межличностного общения, каждый человек имеет три олицетворения «Я»: когда человек чувствует себя в безопасности – «хорошее Я», находится в состоянии тревоги – «плохое Я», и пребывает в психотических кошмарах – «не-Я». Он считал, что человек реагирует на значимых людей, и если возникает угроза безопасности из-за неразрешенного конфликта с ними, которая может возникнуть при общении, проявляется тревога. Она может стать для человека невыносимой. В этих обстоятельствах у человека может возникнуть желание перевести свое «плохое Я» в «не-Я», и таким образом совершить покушение на свою жизнь.

Когнитивно-поведенческое направление. **А. Бек** причиной суицидального поведения считал негибкое мышление, которое ведет к невозможности выработки оптимальных решений своих проблем, что приводит к чувству безнадежности, выражающемуся в отсутствии жизненной перспективы, и выбору смерти как единственного способа решить все проблемы.

Обратите внимание на краткое содержание каждой теории суицидального поведения в рамках психологической концепции (рис. 3).

ПСИХОАНАЛИЗ – З. ФРЕЙД, К. МЕННИНГЕР

– суицид как крайняя форма ненависти к самому себе, «самонаказание», возникающее в ответ на негативные чувства по отношению к любимому человеку.

– суицид как следствие действий трех взаимосвязанных бессознательных механизмов: месть-ненависть, депрессия-безнадежность и чувство вины.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ – К. ЮНГ, ДЖ. ХИЛЛМАН

– суицид как бессознательное стремление человека к духовному перерождению.

– суицид как важный и законный способ обретения смерти, «освобождающий наиболее глубокие фантазии человеческой души».

НЕОПСИХОАНАЛИЗ – К. ХОРНИ

– суицид как следствие глубоко укоренившихся чувств неполноценности, а также несоответствия стандартам враждебной среды, искажающей развитие личности.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ – А. АДЛЕР

– суицид как результат кризиса, возникающего в связи с поиском человеком пути преодоления комплекса неполноценности.

ТРАНСАКТНЫЙ АНАЛИЗ – Э. БЕРН

– суицид как результат формирования и развития жизненного сценария, заложенного еще в раннем детском возрасте под влиянием «родительских предписаний».

ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТНЫХ КОНСТРУКТОВ – ДЖ. КЕЛЛИ

– суицид как акт, совершаемый с целью доказать достоверность своей жизни, либо как акт ухода от действительности.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

– суицид как следствие «экзистенциального вакуума» – состояния, в котором человек ощущает внутреннюю пустоту. Это страдание от ощущения бессмысленности, пустоты и тщетности.

БИХЕВИОРАЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ – И.П. ПАВЛОВ

– суицид как следствие торможения «рефлекса цели» – основной формы побуждения человека к жизни, стремление к обладанию определенным раздражающим объектом.

ТЕОРИЯ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ – Г. САЛЛИВАН

– суицид как следствие переориентированного на себя враждебного отношения индивида к другим людям и внешнему миру.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ – А. БЕК

– суицид как следствие негибкого мышления («Жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть...»), которое ведет к невозможности выработки оптимальных решений своих проблем.

Рис. 3. Содержание психологической концепции

1.2.3. АНАТОМО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Основоположником анатомо-антропологической точки зрения на самоубийство является **Ч. Ломброзо**, считавший причиной суицида различные аномалии в строении и развитии организма. Биологические предпосылки к самоубийству автором объяснялись аномалиями строения черепа, которые механически воздействуют на головной мозг и препятствуют нормальной психической деятельности.

Сходной точки зрения придерживался **А. Н. Корнетов**, обнаруживший у совершивших самоубийство лиц признаки функциональных нарушений, являющихся результатом повреждений в раннем периоде развития.

Составной частью антропологической теории являются **кросс-культуральные исследования** этнических различий в уровне суицидальности. Исследователями была выдвинута гипотеза, согласно которой в каждом народе проявляется некая «коллективная сила, энергия», оказывающая деструктивное влияние на поведение его представителей.

1.2.4. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ

В ряде исследований суицидальное поведение рассматривается как генетически обусловленная модель поведения. Это подтверждается результатами специальных семейных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов суицидального поведения. Высказывалась точка зрения, что самоубийства среди родственников могут влиять как психологический фактор, снимающий подсознательный запрет на убийство.

Тиходеев О. Н. установил, что склонность к самоубийству тесно связана с мутациями различных генов, в том числе контролирующих распространение нервных импульсов при помощи серотонина и отвечающих за уровень дофамина, адреналина и норадреналина.

1.2.5. ЭКЛЕКТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ

Эклектические теории рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, на которое оказывают влияние биологические, клинические, социально-психологическое и индивидуально-личностные факторы.

Впервые такая концепция разрабатывалась коллективом авторов под руководством **А. Г. Амбрумовой**, предложившей комплексный подход к

суицидальному поведению. Одно из основных положений сводится к тому, что суицид является следствием социальной-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого субъективно неразрешимого микросоциального конфликта. Суицид является результатом конфликта и дезадаптации с учетом социума и личностных особенностей человека.

Шнейдман Е. описал несколько серьёзных характеристик суицида. В них включается чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также мнение, что только смерть является решением проблем.

1.2.6. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В настоящее время подход к пониманию явления суицида изменился. По мнению современных авторов, суицидальное поведение – стадийный и динамический процесс, в котором активность человека развивается от начальных, бессознательных форм до практической реализации.

В мировой суицидологии признанием пользуется *концепция «Диатеза – стресса»*, согласно которой суицидальное поведение возникает в результате специфической наследственной предрасположенности и воздействия стрессоров, запускающих формирование такого поведения.

За последнее десятилетие сформулированы три современных модели, фокусирующихся на суициде в молодежной среде. Исследователями данного направления являются *Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент*, автор интерперсональной модели *Т. Джойнер*, разработчики когнитивной теории *А. Спирито, Д. Мэттьюс, Э. Венцель, А. Бек*.

Концепция возникновения и развития суицидального поведения, сторонниками которой являются **Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент**, основана на эпидемиологических данных и рассматривает суицид как совокупность факторов: социально-культурных, психиатрических, психологических, семейных и биологических. Авторы видят основную причину возникновения суицидальных намерений у молодых людей в семейном окружении и личностных особенностях родителей, которые передаются детям и могут быть усугублены высоким уровнем стресса и доступностью способов совершения суицида.

Согласно интерперсональной модели **Т. Джойнера**, истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если в одном человеке совпадают все три фактора: желание умереть из-за острого чувства одино-

чества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная способность переносить физическую боль и ослабленный страх смерти.

Когнитивная модель суицидального поведения в молодежной среде имеет непосредственное отношение к когнитивной теории **А. Бека**, разработанной в 1960–1980 гг. Для подростков, склонных к суициду, свойственна неблагоприятная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, наличие психических заболеваний у родителей, травля и отвержение ровесников. Происходит формирование типа мышления, где свойственны негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Такой тип мышления вызывает сильные негативные эмоции и при отсутствии стратегий совладания приводит к суицидальному риску.

1.3. МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В различных ситуациях могут действовать разные мотивы суицидального поведения.

Доктор медицинских наук В. А. Тихоненко предлагает следующую классификацию причин суицидального поведения:

- **протест, месть.** С помощью суицидальных действий человек протестует против сложившихся обстоятельств, принятого решения и т.п.;
- **призыв** (проявить внимание, оказать помощь). Для того чтобы изменить невыносимую личностную ситуацию, суицидент своими действиями старается призывать помощь извне: «Заметьте меня, я очень нуждаюсь в вашей помощи или внимании»;
- **избегание.** Суицидальное поведение как попытка избежать наказания или страдания, при этом существует угроза биологическому или личностному существованию человека. Такая причина суицида имеет место в том случае, если человек предполагает дальнейшее ухудшение ситуации или невыносимость переживаний – «дальше будет только хуже», «мне не вынести этого позора»;
- **самонаказание.** Суицидальным действием человек наказывает себя за совершенный ранее поступок или проступок. В данной причине суицида происходит своеобразное расщепление личности на «судью» и «подсудимого». Судья выносит «приговор», подсудимый – «исполняет приговор», стремиться искупить вину;
- **отказ от существования.** Человек отказывается от существования, поскольку жизнь потеряла для него интерес и смысл. Данная причина суицидального поведения наиболее сложна для терапии, но встречается достаточно редко.

1.4. ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Исследователи, анализируя чувства, стоящие за суицидальными действиями, предложили классификацию из четырех основных причин самоубийств:

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

1.5. КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Демонстративное поведение. В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление человека обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Своего рода это «просьба» о помощи. Демонстративные суицидальные действия, как правило, совершаются с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами человека, «осознать» свое несправедливое отношение к нему.

Аффективное поведение. Суицидальные действия совершаются под влиянием ярких эмоций. Человек действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Сильные негативные эмоции – обида, гнев – затмевают собой реальное восприятие действительности: руководствуясь ими, он совершает суицидальные действия.

Истинное суицидальное поведение. Характеризуется продуманным планом действий. Человек готовится к совершению суицида. Часто он оставляет записи, адресованные родственникам и друзьям, в которых прощаются со всеми, объясняют причину своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертельным исходом.

1.6. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Современный подход к определению факторов суицидального риска основывается на биопсихосоциальной модели, предложенной Дж. Энгелем в 1977 г. Она представляет собой концепцию гармоничного сочетания сложных переменных, взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов для описания расстройств человека.

Биологические и генетические факторы суицидального риска

1. Наличие суицидентов среди биологических родственников.
2. Нейрохимия мозга (аномалии серотонинергической системы мозга).
3. Генетическая предрасположенность.

Психолого-психиатрические факторы суицидального риска

1. Наличие психического заболевания (депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, расстройства личности).
2. Индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению (сниженная устойчивость к эмоциональным нагрузкам, своеобразие мышления (максимализм, категоричность суждений), неадекватная самооценка, низкий уровень коммуникативных способностей, неразвитость психологических защит, незрелость мышления, высокая импульсивность).
3. Суицидальные попытки или эпизоды самоповреждающего поведения в прошлом.

Социально-средовые факторы суицидального риска

1. Стрессовые события (смерть близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или сексуальное насилие и др.).
2. Определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянного места работы и др.).
3. Доступность средств суицида.

1.7. МИФЫ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

Миф 1. *Люди, которые говорят о самоубийстве, не причинят себе вреда. Им просто нужно внимание.*

Суицидальное поведение предполагает причинение суицидентом вреда самому себе в любом исходе, но в процессе действия он преследует определенные цели. Сам по себе суицидальный риск предполагает серьезный подход к профилактике, так как его формы постоянно изменяются. Человек действительно может привлекать внимание к своей проблеме посредством суицидальных действий, однако, никто не гарантирует нелетальность их последствий.

Миф 2. *Самоубийство – это всегда импульсивный акт и происходит без предупреждения.*

Суицид может являться импульсивным действием, однако, лишь в одном своем виде. Человек может долгое время обдумывать суицидальный

акт, как в случае истинного суицида, и решительно совершить его в определенное время, сохраняя рациональность мышления.

Миф 3. *Склонные к суициду личности на самом деле хотят умереть или решили убить себя.*

Большинство людей, ощущающих желание совершить самоубийство (на начальных этапах формирования суицидального поведения), делятся своими мыслями и переживаниями. Это показывает двойственность их желаний, а не целенаправленность, невозможность решить возникшие проблемы иными способами, кроме лишения себя жизни.

Миф 4. *Когда человек проявляет признаки улучшения или выживает после попытки самоубийства, можно считать, что опасность миновала.*

Один из наиболее опасных периодов суицидального поведения – пост-суицидальный. Без профилактических или поддерживающих мер высок шанс повторной попытки суицида, особенно, когда человек испытывает слабость и истощение.

Миф 5. *Суицидальная предрасположенность всегда передается по наследству.*

Наследственность действительно является существенным фактором риска суицидального поведения (особенно при наличии психических заболеваний среди родственников), но не всегда является его причиной. Связь между наследственностью и суицидальным риском на данный момент изучена недостаточно.

Миф 6. *Люди, совершившие попытку самоубийства, всегда будут страдать от психического расстройства.*

Суицидальное поведение связывают с психическими расстройствами, например, депрессией или шизофренией, зависимостью от психоактивных веществ, однако, процесс формирования суицидального поведения может происходить как без наследственного компонента, так и без психологического. Известны случаи, в которых психическое расстройство не проявляло себя, либо находилось в ремиссии, чтобы повлиять на суицидальное поведение.

Миф 7. *Если специалист разговаривает с человеком о самоубийстве, то он (она) подает пациенту эту идею.*

Признание факта существования тяжелого эмоционального состояния человеком и его дальнейшая нормализация специалистом являются необходимыми составляющими для предотвращения формирования суицидальных идей.

Миф 8. *Самоубийство совершают только «те, совсем другие люди», не такие, как мы.*

Суицидальное поведение присуще любому человеку, обладающему определенными факторами риска. Факт подтверждается наличием суицидальных попыток в семьях разного достатка, в любом типе общественного устройства.

Миф 9. *Дети не совершают самоубийств, так как они не понимают, что смерть – это конец, и мысленно не способны совершить сам акт самоубийства.*

Известны случаи детского суицидального поведения, которое считается исследователями особо тяжелыми случаями. Самоубийства происходят в любом возрасте, с совершенно разными проявлениями суицидальных наклонностей.

2. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

2.1. ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Смерть в детском возрасте воспринимается абстрактно, как что-то временное, не всегда связанное с собственной личностью ребенка. Понятие смерти формируется примерно к 9 годам жизни.

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

В младшем школьном возрасте дети считают смерть маловероятной, не осознают её возможности для себя, не считают необратимой.

К подростковому возрасту объективные акты смерти становятся очевидными, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим.

Для подростков смерть становится очевидным явлением, но они фактически отрицают её для себя: принимая мысль о своей смерти, подростки вместе с тем отрицают реальность этой возможности. Ребёнок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем своих похорон и раскаяния своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным поведением.

2.2. МОТИВЫ И ПОВОДЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К основным факторам, способствующим суицидальному поведению детей и подростков, относятся следующие.

1. *Отношения с родителями.* В 70% случаев суицидальное поведение детей и подростков связано с конфликтами в семье. Профессиональные и другие проблемы родителей, отсутствие достаточного времени в силу различных социально-экономических причин нередко приводят к формальному воспитанию детей или перекладыванию этой функции на школьных педагогов. Отношения родителей с детьми не строятся на фундаменте открытых, искренних, теплых отношений, являющихся надежной защитой от многих, иногда суровых испытаний, через которое проходит подрастающее поколение.

2. *Школьные проблемы.* Они обычно связаны с неуспеваемостью или плохими отношениями с учителями и администрацией школы, реже с взаимоотношениями в классе. Однако они, не являясь непосредственной причиной суицида, приводят к снижению общей самооценки учащихся, появлению ощущения малозначимости своей личности, снижению сопротивляемости стрессам и незащищенности от негативного влияния окружающей обстановки.

3. *Взаимоотношения со сверстниками.* Здесь важное место занимают любовные взаимоотношения с лицами противоположного пола. В силу возрастных особенностей отношения между молодыми людьми эмоционально значимы и жизненно необходимы. Любое охлаждение в привязанности, тем более измена или уход, воспринимаются как невосполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь.

4. *Мода и подражание.* В последнее время самоубийство, особенно групповое, у подростков стало входить «в моду». Молодые люди, общаясь на интернет-сайтах или группах, посвященных суициду, договариваются между собой о том, как и где им добровольно перейти границу между жизнью и смертью.

5. *Одиночество.* Это весьма частая причина суицидального поведения подростков. Порой дети переживают своеобразный феномен – «одиночество в толпе», когда их окружают знакомые, не желающие зла, родные люди, но дети чувствуют себя безгранично одинокими, эмоционально отвергнутыми, всеми покинутыми.

6. *Депрессивные состояния.* Основным признаком депрессии является потеря возможности получить удовольствие и испытать наслаждение от

тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Человеком овладевают безнадежность, чувство вины, самоосуждение. Подросток, страдающий депрессией, постоянно ощущает свою бесполезность, нежелательность, в силу чего приходит к заключению, что такая жизнь не имеет смысла.

2.3. Группы риска и диагностические признаки суицидального поведения детей и подростков

Суицидальное поведение – это не только крик о помощи, это еще и глубинные переживания человека, признание своей растерянности перед тем, что для него по-настоящему актуально и что по тем или иным причинам не в состоянии разрешить.

В корне неверно утверждение, будто к суициду склонны лишь дети и подростки из неблагополучных семей. Давно замечено, что чаще добровольно уходят из жизни вполне благополучные дети из семей со средним и даже высоким достатком. Они умны, начитанны, впечатлительны и порой крайне эмоциональны. «Домашнему ребёнку» часто хватает одного резкого слова, вздорного обвинения, злой насмешки, чтобы почувствовать себя в полном жизненном тупике.

Дети же из неблагополучных семей, как правило, обладают высокой психологической выносливостью. Однако им в большей степени свойственно отклоняющееся поведение, стремление к риску, употреблению алкоголя, наркотических, психоактивных веществ.

В зоне повышенного суицидального риска находятся:

- 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.

Степени суицидального риска

Риск отсутствует. По сути, риска нанесения себе вреда не существует.

Незначительный. Суицидальные мысли ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда. Известно всего лишь несколько признаков суицидального поведения.

Умеренный. Имеются твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных мыслей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные мысли и намерения, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.

Высокий. Четкие и твердые планы и подготовка к причинению себе вреда или известны многочисленные попытки суицида в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные мысли и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Человек проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предполагаемую социальную поддержку.

Крайне высокий. В прошлом многочисленные попытки суицида наряду с несколькими значительными и многообразными факторами риска.

Диагностические признаки суицидального поведения

1. *Уход в себя.* Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слому может привести сильное эмо-

циональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

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

15. Угроза. Суицидальные подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддаётся. Косвенные угрозы, многозначительные намеки уловить труднее. Косвенные угрозы нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, устали или подавлены.

16. Словесные предупреждения. Не исключено, что подросток задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы по типу: «Надоело! Сколько можно! Сыт по горло!», «Лучше умереть», «Пожил – и хватит» и т.д.

17. Активная предварительная подготовка. Собираение отравляющих веществ и лекарств, боевых патронов; рисунки с гробами и крестами; разговоры о суициде как о лёгкой смерти; посещение кладбищ и красочные рассказы о них; частые разговоры о загробной жизни.

Методы диагностики суицидального поведения

1. Пиктографический экспресс-тест «Риск суицидального действия» (С. В. Харитонова и др.)

Проективный экспресс-тест разработан для выявления суицидальных намерений на основе шкалы суицидального риска А. Г. Амбрумовой и методов наблюдения, беседы-интервью. Шкала содержит следующие позиции:

- *первая ступень – пассивные суицидальные мысли* – характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности;

- *вторая ступень* – **суицидальные замыслы** – активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия;

- *третья ступень* – **суицидальные намерения** – предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Тестируемым предлагается пустой лист с тремя выделенными ячейками, размером примерно от 3×3 до 6×6 см квадратной или прямоугольной формы (особых требований по точности размеров или формы нет). Затем даются три инструкции.

1. «Сначала заполните первую ячейку. Нарисуйте себя сейчас. Рисунок можно делать по типу палка-палка-огуречик, в произвольной форме».

2. «Затем заполните третью ячейку. Нарисуйте себя умершим».

3. «Нарисуйте себя в средней ячейке. Что случилось, из-за чего вы умерли?»

4. «Поясните смысл сделанного вами рисунка».

Интерпретация теста может строиться на анализе поведения испытуемого или времени, затрачиваемого им на выполнение задания, или на основе интерпретации самих рисунков. *Для человека, не имеющего суицидальных замыслов, и не имеющего разработанного плана собственной смерти, такое задание представляется трудно выполнимым*, и в поведении отчётливо прослеживаются растерянность, попытки уклониться от выполнения задания, непонимание и иная деятельность, препятствующая выполнению данного теста.

У лиц, имеющих разработанный план суицида (поведение соответствует от второй до третьей степени суицидального риска по А. Г. Амбрумовой), тест не вызывает особых затруднений и, хотя в некоторых случаях у таких людей уходит некоторое количество времени, чтобы справиться с мыслями, рисунок выполняется. Выполнение тем точнее и быстрее, чем очевиднее для испытуемого выбранный способ суицида.

Кратко, оценка результатов экспресс-теста представляется по трём категориям:

- реакция растерянности на задание выполнить третий рисунок;
- содержимое рисунков;
- пояснения человека о содержании рисунков.

2. Методика «Карта риска суицида», модификация Л. Б. Шнейдера

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

Основу методики составляет специальная карта, в которую включены факторы риска, объединенные в следующие темы: биографические данные, актуальная конфликтная ситуация и характеристика личности. Обозначение выраженности тех или иных факторов риска происходит в течение свободной беседы.

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к суицидальному поведению, необходимо держать человека в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении.

Для определения степени выраженности факторов риска 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 баллов – риск суицида значителен.

Таблица 1

Карта риска суицида

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

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличный конфликт, высокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+1
<i>Б – поведение в конфликтной ситуации</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
<i>В – характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты имели место ранее	-0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	-0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+1
<i>Г – эмоциональная окраска конфликтной ситуации</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	-0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	-0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	-0,5	+0,5	+2
III. Характеристика личности			
<i>А – волевая сфера личности</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	-1	+0,5	+1
2. Решительность	-0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	-0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	-1	+0,5	+1
<i>Б – эмоциональная сфера личности</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+0,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	-0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	-0,5	+2	+3
9. Импульсивность	-0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	-0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	-0,5	+0,5	+1,5

3. Метод незаконченных предложений С. Леви, метод SSCT

Метод незаконченных предложений позволяет выявить осознаваемые и неосознаваемые установки человека, его отношение к родителям, представителям своего и противоположного пола, к служебному положению и подчиненным, к своим страхам и опасениям, чувству вины, прошлому и будущему, а также к жизненным целям.

Метод был разработан Джозефом М. Саксом и С. Леви, относится к проективной диагностике, является вариацией техники словесных ассоциаций. Разработка была апробирована Г. Г. Румянцевым и показала свою эффективность для проведения диагностических мероприятий.

Тестируемому предлагается 60 незаконченных предложений, которые он должен дописать по своему усмотрению. Метод может применяться индивидуально и в группах, занимает от 20 до 40 минут.

Инструкция к методу: «на бланке теста необходимо закончить предложения одним или несколькими словами, на ваше усмотрение».

1. Думаю, что мой отец редко _____
2. Если все против меня, то _____
3. Я всегда хотел _____
4. Если бы я занимал руководящий пост _____
5. Будущее кажется мне _____
6. Мое начальство _____
7. Знаю, что глупо, но боюсь _____
8. Думаю, что настоящий друг _____
9. Когда я был ребенком _____
10. Идеалом женщины (мужчины) для меня является _____
11. Когда я вижу женщину рядом с мужчиной _____
12. По сравнению с большинством других моя семья _____
13. Лучше всего мне работается с _____
14. Моя мать и я _____
15. Сделал бы все, чтобы забыть _____
16. Если бы мой отец только захотел _____
17. Думаю, что я достаточно способен, чтобы _____
18. Я мог бы быть очень счастливым, если бы _____
19. Если кто-нибудь работает под моим руководством _____
20. Надеюсь на _____
21. В школе мои учителя _____
22. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь _____

23. Не люблю людей, которые _____
24. Когда-то _____
25. Считаю, что большинство юношей (девушек) _____
26. Супружеская жизнь кажется мне _____
27. Моя семья обращается со мной как с _____
28. Люди, с которыми я работаю _____
29. Моя мать _____
30. Моей самой большой ошибкой было _____
31. Я хотел бы, чтобы мой отец _____
32. Моя наибольшая слабость заключается в том _____
33. Моим скрытым желанием в жизни является _____
34. Мои подчиненные _____
35. Наступит тот день, когда _____
36. Когда ко мне приближается мой начальник _____
37. Хотелось бы мне перестать бояться _____
38. Больше всех люблю тех людей, которые _____
39. Если бы я снова стал молодым _____
40. Считаю, что большинство женщин (мужчин) _____
41. Если бы у меня была нормальная половая жизнь _____
42. Большинство известных мне семей _____
43. Люблю работать с людьми, которые _____
44. Считаю, что большинство матерей _____
45. Когда я был молодым, то чувствовал вину, если _____
46. Думаю, что мой отец _____
47. Когда мне начинает не везти, я _____
48. Больше всего я хотел бы в жизни _____
49. Когда я даю другим поручение _____
50. Когда буду старым _____
51. Люди, превосходство которых над собой я признаю _____
52. Мои опасения не раз заставляли меня _____
53. Когда меня нет, мои друзья _____
54. Моим самым живым воспоминанием детства является _____
55. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины) _____
56. Моя половая жизнь _____
57. Когда я был ребенком, моя семья _____
58. Люди, которые работают со мной _____
59. Я люблю свою мать, но _____
60. Самое худшее, что мне случилось совершить, это _____

В основе метода лежит положение о том, что отвечая на исходный неоднозначный и неопределенный стимул, тестируемый дает информацию, касающуюся его собственной личности (т.е. проецирует себя в свои ответы).

Для каждой группы положений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений, как положительную, отрицательную или безразличную. При наличии у тестируемого процессов формирования суицидального поведения, они, так или иначе, проявляются в контексте различных систем отношений, приведенных далее.

1. **Отношение к отцу:** 1, 16, 31, 46
2. **Отношение к себе:** 2, 17, 32, 47
3. **Нереализованные возможности:** 3, 18, 33, 48
4. **Отношение к подчиненным:** 4, 19, 34, 49
5. **Отношение к будущему:** 5, 20, 35, 50
6. **Отношение к вышестоящим лицам:** 6, 21, 36, 51
7. **Страхи и опасения:** 7, 22, 37, 52
8. **Отношение к друзьям:** 8, 23, 38, 53
9. **Отношение к своему прошлому:** 9, 24, 39, 54
10. **Отношение к лицам противоположного пола:** 10, 25, 40, 55
11. **Личная жизнь:** 11, 26, 41, 56
12. **Отношения к семье:** 12, 27, 42, 57
13. **Отношение к сотрудникам:** 13, 28, 43, 58
14. **Отношение к матери:** 14, 29, 44, 59
15. **Чувство вины:** 15, 30, 45, 60

В качестве примера интерпретации ответов тестируемого мы приведем следующее.

Случай 1

Пункт: *отношение к отцу*

1. Мне кажется, что мой отец редко работает.
16. Если бы только мой отец стал лучше.
31. Я хотел бы, чтобы мой отец умер.
46. Мне кажется, что мой отец нехороший человек.

Заключение: крайняя враждебность и презрение с явным желанием смерти.

Случай 2

Пункт: *отношение к отцу*

1. Мне кажется, что мой отец редко говорит со мной как отец с сыном.
16. Если бы только мой отец прислушался.
31. Я хотел бы, чтобы мой отец (без ответа).
46. Мне кажется, что мой отец – значимая персона.

Заключение: восхищение отцом и потребность в более близких взаимоотношениях.

Случай 3

Пункт: *отношение к отцу*

1. Мне кажется, что моему отцу редко не хватает чувства юмора.
16. Если бы только мой отец взял отпуск.
31. Я хотел бы, чтобы мой отец остался таким, как сейчас.
46. Мне кажется, что мой отец – очень хороший человек.

Заключение: полное удовлетворение личностью отца.

2.4. ФАКТОРЫ АНТИСУИЦИДАЛЬНОГО БАРЬЕРА

Факторы антисуицидального барьера – это специфичные для возраста, пола, уровня интеллектуального развития и индивидуальных особенностей личности набор установок и переживаний, препятствующий формированию суицидального поведения. Они складываются в определенную систему, куда входят следующие.

1. *Страх смерти* – один из основных факторов, блокирующих суицидальное поведение. В повседневной жизни он редко выходит на поверхность сознания, но как только человек сталкивается с реальной угрозой собственной жизни и здоровью, этот страх, независимо от воли, начинает контролировать активность и поведение. Как правило, эти переживания вызывают образы смерти, погребения, тлена и ассоциируется с негативными эмоциями.

2. *Эстетические переживания* очень важны, так как человек всегда считается с теми чувствами, которые после самоубийства вызывает вид его тела у окружающих. Для молодых людей, с преимущественно внешним, манипулятивно направленным суицидальным поведением, этот фактор может играть значимую сдерживающую роль, особенно при выборе ими травматичных, калечащих способов суицида.

3. *Религия* обладает значительным контролирующим и сдерживающим влиянием на суицидальное поведение, обращая внимание верующих к духовным аспектам жизни и смерти. Религиозные мотивы отражают сфор-

мированные представления о самоубийстве как о грехе, страх погубить свою бессмертную душу, обречь себя на вечные мучения.

4. Немалое значение имеют и *социальные отношения/связи*, нарушения которых является достаточно частым условием формирования суицидального поведения во всех возрастных группах. Переосмысление у суицидента значимых отношений может обладать значительным сдерживающим эффектом.

5. «*Социальный остракизм*» включает, как правило, негативное мнение окружающих о человеке, который планирует совершение суицидальной попытки. Чаще суицид рассматривается окружением как слабость, неспособность противостоять сложной жизненной ситуации. В случае шантажного суицидального поведения (обычно в подростковом и молодом возрасте) это может приобретать выраженный негативный осуждающий характер.

6. *Родительские обязанности*, забота о ребёнке, его текущих потребностях и будущем – один из важнейших факторов, ограничивающих суицидальную активность. Наиболее значим для женщин.

7. *Наличие жизненных планов, замыслов*. Суициденты демонстрируют особенности восприятия имеющейся стрессовой ситуации не только в настоящем, но и в будущем. Развитие суицидального поведения обычно сопровождается преуменьшением далекой перспективы жизни. Работа с образами будущего – значимый фактор сдерживания суицида.

Мы рассмотрели лишь некоторые из большой группы факторов антисуицидального барьера. Тем не менее, даже перечисленные категории в значительной степени влияют на развитие суицидального поведения.

2.5. ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

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

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

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

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

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

Рассмотрим подробнее организацию работы некоторых звеньев суицидологической службы.

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

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

В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства или абонент находится в остром психосоматическом состоянии, консультант принимает меры по установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу-психиатру, в полицию.

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

Консультант может дать совет абоненту обратиться в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет

поликлиники, кабинет социально-психологической помощи, в отделение кризисных состояний, в юридическую консультацию и иные учреждения.

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

Основными задачами кабинета являются:

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

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

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

Социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

В кабинете ведется учет и отчетная документация.

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

Основными задачами отделения являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;

- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов отделения психотерапевтической среды.

Также в структуре профилактики суицидального поведения принято различать первичную, вторичную и третичную профилактику.

- первичная профилактика направлена на все общество и имеет своей целью профилактику факторов суицидального риска.
- вторичная профилактика заключается в помощи непосредственно суицидентам.
- третичная профилактика – это реабилитация суицидента после выведения его из критического состояния, а также помощь близким и родственникам суицидента, которые также являются представителями группы суицидального риска.

Таблица 2

Структура профилактики

Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Третичная профилактика
Цель – предупреждение развития суицидальных тенденций в обществе	Цель – предотвращение суицидальных действий, снятие острого кризиса	Цель – реабилитация людей, переживающих утрату близкого вследствие суицида
Субъект – учреждения социальной сферы, средства массовой информации	Субъект – учреждения системы здравоохранения	Субъект – учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания
Объект – население региона, группы повышенного суицидального риска	Объект – суициденты, лица с повышенным уровнем тревоги или депрессии	Объект – члены семьи, ближайшее окружение суицидента
Задачи 1. Профилактика алкоголизма, наркомании. 2. Диагностика групп суицидального риска. 3. Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди населения. 4. Коррекция семейных взаимоотношений и профилактика социального неблагополучия. 5. Информирование насе-	Задачи 1. Создание сути суицидологических учреждений. 2. Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса. 3. Диагностика ситуаций повышенного риска парасуицида. 4. Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения.	Задачи 1. Организация механизма реабилитационного процесса. 2. Диагностика восстановительного потенциала (благоприятствующих реабилитации факторов) «выживших жертв суицида». 3. Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер культуры, досуга, трудоустройства, социального

ления о деятельности психологических служб. 6. Развитие служб «Телефона доверия» и «Телефона здоровья»	5. Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, а также методов коррекции деструктивных личностных установок	обеспечения и т.д. 4. Коррекция семейных взаимоотношений. 5. Профессиональная реабилитация
---	---	--

2.6. РОССИЙСКИЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

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

- профилактики самоубийств;
- реабилитации и адаптации суицидентов и их окружения.

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

Профилактика самоубийств в России и других странах реализуется посредством организации специализированных суицидологических служб («телефонов доверия», кабинетов социально-психологической помощи, кризисных отделений), обучения специалистов распознаванию суицидальных тенденций, ограничения доступа населения к средствам суицида, контроля за содержанием сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации.

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

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

Первый центр по предупреждению самоубийств был организован в 1948 г. в Вене, в 1953 г. суицидологическая служба появилась в Лон-

доне. В настоящее время в США имеется более 200 центров по профилактике самоубийств, в Англии – более 100, и их число продолжает расти.

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

- 1) преемственность оказания медицинской, психотерапевтической, социальной помощи;
- 2) оказание социально-психологической помощи суицидентам вне структур психиатрической службы.

2.7. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПЕДАГОГА С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Главным в преодолении и профилактике неблагоприятного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа. Специфика её состоит в следующем:

- ни в коем случае нельзя приглашать человека на беседу через третьих лиц (лучше встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-нибудь несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи);
- при выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговор, сколько бы он не продолжался);
- в процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не поглядывать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела (важно всем своим видом показать человеку, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет);
- необходимо уделить все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, держаться ровно и удобно, без напряжения, расположившись напротив, но не через стол;
- дать возможность человеку высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства;
- важно соблюдать следующие правила:
 - будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
 - набирайтесь опыта от тех, кто уже был в такой ситуации;
 - будьте терпеливы;

– не старайтесь шокировать или провоцировать человека (например, фразой «пойди и сделай это»);

– не анализируйте поведенческие мотивы (например, фразой «ты так чувствуешь себя, потому что...»);

– не спорьте и не старайтесь образумить человека (например, фразой «ты не можешь себя убить, потому что...»).

Профилактическая беседа должна включать в себя 4 этапа

Начальный этап – установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнёрства». Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Психологические приемы, которые могут использоваться на начальном этапе профилактической беседы:

- *«повторение содержания (пересказ)»* – повторение раннее сказанного человеком отрывка рассказа или истории, требующее от слушателя предельного внимания. Является сигналом для собеседника, что его слушают и стараются понять;

- *«отражение эмоций»* – выделение эмоционального компонента какого-либо факта и сообщение его человеку (например, «представляю, какое горе охватило вас, когда вы узнали, что болезнь друга серьёзна»). Прием стимулирует более открытое проявление эмоций, особенно, когда суицидент испытывает тоску, подавленность, обиду;

- *«акцентирование»* – выделение из высказываний основного значения (например, «если я правильно понял вас, подруга упрекала вас в недостаточном внимании к себе?»);

- *«установление последовательности событий»* – повторение сообщенных суицидентом фактов в их причинно-следственной или временной последовательности.

Второй этап – установление последовательности событий, которые привели к неблагоприятной ситуации; снятие ощущения безысходности.

Психологические приемы, которые могут использоваться на данном этапе:

- *«структурирование ситуации»* – установка последовательности событий, в результате которых сложилась неблагоприятная ситуация. Человек склонен в своем рассказе уделять особое внимание психотравмирующим, болезненным для него моментам;

- *«преодоление исключительности ситуации»* – в ходе беседы человеку тактично сообщают, что подобные его ситуации возникают в жизни и у других людей. Прием лишает суицидента представления о том, что неблагоприятная ситуация могла сложиться только у него;

- *«включение в контекст»* – раскрытие структуры и динамики неблагоприятной ситуации поможет человеку осознать, что она сформировалась на протяжении определенного периода, тесно связана с какими-то предшествующими событиями на жизненном пути и, следовательно, может быть изменена в благоприятном для него направлении;

- *«снятие остроты»* – часто критические обстоятельства представляются суициденту требующими немедленного, неотложного решения. В таких случаях нужно подчеркнуть, что у него есть время на обдумывание, на принятие решения;

- *«терапия успехами и достижениями»* – прием направления беседы, где человека просят сообщить о своих жизненных удачах и достижениях, трудностях, которые ему пришлось преодолеть. В процессе он начинает лучше осознавать себя, как личность.

Третий этап – совместная деятельность по преодолению неблагоприятной ситуации. Он посвящен совместному планированию деятельности, выяснению позитивных моментов, значимых для человека. Необходимо отметить признаки эмоционального оживления, когда речь идет о «самом лучшем» времени жизни человека. В этом случае есть возможность учесть, совместить, найти способы, с помощью которых человек уже справлялся с неблагоприятными ситуациями.

Ведущими приемами третьего этапа являются:

- *«интерпретация»* – высказывание гипотез, предположений, указывающих на существование неучтенных аспектов неблагоприятной ситуации суицидентом, а также рассуждение о возможных способах разрешения проблем;

- *«планирование»* – побуждение к словесному оформлению планов предстоящей деятельности. Оно может выражаться в предложении суициденту подумать, что можно сделать, чтобы избежать неприятных последствий ситуации;

- *«удержание паузы»* – целенаправленное молчание, которое имеет своей целью предоставление суициденту возможности проговаривания разрабатываемых планов. Молчание собеседника должно сообщать педагогу, что он ждет его слов.

Завершающий этап – окончательное формулирование плана действий, активная психологическая поддержка суицидента. На этом этапе

необходимо высказаться и внушить суициденту веру в свои силы и возможности, напомнить, что ранее он успешно преодолевал трудные моменты жизни, а также призвать человека проявить максимум воли и целеустремленности для достижения желаемого разрешения ситуации.

Ведущие приемы этого этапа:

- *«логическая аргументация»* – приведение логических доводов с целью доказательства благоприятного разрешения сложившейся ситуации;
- *«убеждение»* – вид психологического влияния, аргументированное воздействие на человека с целью изменения его суждения и отношения к суицидальному поведению;
- *«рациональное внушение уверенности»* – психологический прием, целью которого является призыв человека к успешному преодолению неблагоприятной ситуации. В качестве аргументации приводится ранее успешный опыт самого человека, либо других людей, находившихся в схожей ситуации.

В процессе беседы должен произойти постепенный переход от позиции слушания со стороны педагога к позиции соучастия в познавательном овладении и практическом разрешении ситуации.

2.8. РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Главной целью при работе с родителями обучающихся является повышение родительской компетентности, т.е. предоставление знаний и навыков, способствующих эффективному, социально поддерживающему и развивающему поведению в семье и в процессе взаимодействия с ребёнком.

В качестве методов просветительской работы могут выступать:

- **мини-лекции** как форма подачи новой информации. Лекции должны быть короткими, простыми, понятными и проиллюстрированными, а также предусматривать обратную связь;
- **ролевые игры**, т.е. инсценировка коротких сюжетов на выбранную тему. Метод облегчает понимание других людей, позволяет попробовать своих силы в различных ситуациях, развивает способность решать проблемы. Родителям можно предлагать проанализировать проблемные ситуации в семье, находясь в роли собственных детей;
- **беседы, дискуссии, круглые столы** как формы обмена знаниями, мнениями между родителями и специалистами, сопровождающие совместный просмотр видеоматериалов или прослушивания лекций;

- **кейс-метод**, или метод конкретных ситуаций, как метод обучения, использующий описание реальных (или приближенных к реальным) ситуаций. Суть метода заключается в исследовании проблемной ситуации, разбор предоставленных внутри неё проблем, а также предложения возможных решений и выбор лучшего из них.

Далее можно предоставить практические рекомендации для родителей.

1. Подбирайте ключи к разгадке суицидального поведения

Суицидальная превенция (т.е. предупреждение, профилактика) состоит не только из заботы и участия, но и включает способность вовремя распознать признаки грядущей опасности. Знание признаков суицидального поведения и стремление обладать этой информацией может спасти жизнь суициденту.

Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки суицида, депрессии, значительные изменения поведения или личности ребёнка, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Обратите внимание на проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли он одиноким и изолированным. Чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем ниже шансы возникновения суицидального поведения.

2. Примите суицидента как личность

Допустите возможность, что ребёнок действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Иногда соблазнительно отрицать возможность того, что кто-либо кроме вас может удержать ребёнка от активных действий. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьёзности конкретной ситуации. Если вы полагаете, что существует опасность суицида, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, – ничто по сравнению с тем, что ребёнок может погибнуть из-за вашего бездействия.

3. Установите заботливые взаимоотношения

Не существует всеохватывающих ответов на такую серьёзную проблему, как суицид. Но вы можете сделать шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося ребёнка. 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 ребёнка, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося ребёнка.

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 ребёнок страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем слушать кого-либо.

У вас может появиться растерянность, обида или гнев, если ребёнок не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что ребёнку трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если ребёнок признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим.

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 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 о том, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным ребёнком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

6. Задавайте вопросы

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

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

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной? Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства? Есть ли у тебя 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 нередко 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 подросток 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 суицидента следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и как можно точнее определил, что ее усугубляет.

9. Вселяйте надежду

Работа со склонными к саморазрушению депрессивными несовершеннолетними 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 ребёнок может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда».

Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если подростки утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности ребёнка, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

10. Оцените степень риска суицида

Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида. 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 оста-

ется, например, если депрессивный ребенок, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы ни расстался.

11. Не оставляйте ребёнка одного в ситуации высокого суицидального риска

Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется позвонить в службу скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

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

12. Обратитесь за помощью к специалистам

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

Для испытывающих суицидальные тенденции возможным помощником может оказаться священник. Многие священнослужители являются превосходными консультантами – понимающими, чуткими и достойными доверия.

Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. В противоположность общепринятому мнению психиатрическая помощь не является роскошью богатых. В настоящее время существуют как частные, так и государственные учреждения, которые предоставляют различные виды помощи. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

12. Думайте о важности сохранения заботы и поддержки

Если критическая ситуация и миновала, то педагоги или члены семьи не могут позволить себе расслабиться. Самое худшее может не быть позади. За улучшение часто принимают повышение психической активности

больного. Бывает так, что накануне самоубийства депрессивные люди бросаются в водоворот деятельности. Они просят прощения у всех, кого обидели. Видя это, вы облегченно вздыхаете и ослабляете бдительность. Но эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязательствами, после чего можно покончить с собой. И, действительно, половина суицидентов совершает самоубийство не позже чем через три месяца после начала психологического кризиса.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения : методические рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – Москва, 1980. – 48 с. – URL : https://www.studmed.ru/view/abrumova-ag-tihonenko-va-diagnostika-suicidalnogo-povedeniya_2c4fd3f064f.html

2. Банников, Г. С. Психологические маркеры пресуицидального состояния / Г. С. Банников // Человеческий капитал : научно-практический журнал. – 2013. – № 10-11 (46). – С. 240–243. – URL : <http://www.imtp.ru/upload/medialibrary/a3b/a3bc4936f717c4747e443ace7f012a31.pdf>

3. Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации : методические рекомендации / М. А. Бебчук, А. Я. Басова, П. В. Безменов [и др.] / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ». – Москва, 2019. – 55 с. – URL : http://www.npc-pzdp.ru/Publications/Metod_recom_61.pdf

4. Всемирная организация здравоохранения. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив / Европейское региональное бюро, 2014. – 98 с. – URL : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20\(Rus\).pdf;jsessionid=ED1C9739A64419806F450EF462CC3D03?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/152893/Suicide%20report%20a%20global%20imperative%20(Rus).pdf;jsessionid=ED1C9739A64419806F450EF462CC3D03?sequence=3)

5. Всемирная организация здравоохранения. Предотвращение самоубийств : справочное пособие для консультантов. – Женева, 2006. – 20 с. – URL : http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/m_04.html

6. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под ред. О. В. Вихрстюк. – Москва : МГППУ, 2015. – 77 с. – URL : <https://fcprc.ru/wp-content/uploads/2019/06/CHto-nuzhno-znat-roditelyam-o-podrostkovyh-suitsidah-Vihristyuk-O.V..pdf>

Дополнительная

1. Банников, Г. С. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) / Г. С. Банников, К. А. Кошкин // Медицинская психология в России. – 2013. – № 2 (19). – URL : http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php
2. Банников, Г. С. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, И. Галынкер // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 8–24. doi:10.17759/cpp.2020280102
3. Вихристюк, О. В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте / О.В. Вихристюк, Г. С. Банников // Психологическая наука и образование : электронный журнал. – URL : https://psyjournals.ru/files/59156/psyedu_ru_2013_1_Vihristuk,%20Bannikov.pdf
4. Вихристюк, О. В. Ответы психолога на вопросы родителей о проблемах подростков : практическое пособие для родителей / О. В. Вихристюк, Л. А. Гаязова. – Вып. 1. – Москва : МГППУ, 2019. – 60 с. – (Серия «Подросток»).
5. Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – Москва : Миклош, 2008. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/voytseh-v-f-klinicheskaya-suitsidologiya-m-miklosh-2007-280-s/viewer>
6. Павлова, Т. С. Копинг-стратегии подростков с антивитальными переживаниями / Т. С. Павлова // Психологическая наука и образование : электронный журнал. – URL : https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59152.shtml
7. Павлова, Т. С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи / Т. С. Павлова, Г. С. Банников // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. – 2013. – № 4. – URL : http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n4/65717.shtml
8. Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – Москва : Когито-Центр, 2005.
9. Суицидологический глоссарий. – URL : <http://www.psychiatry.ru/lib/56/book/110/chapter/2>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ В ОСТРЫХ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЯХ

Ниже представлены основные действия при стрессовых реакциях.

Описание	Признаки	Действия
<i>Агрессия</i>		
Физические или психические действия или угрозы действий, оказывающие влияние на другого человека	<ul style="list-style-type: none"> • Суебливость, метания, резкие, быстрые движения, активная жестикуляция. • Часто бесцельные и бессмысленные, неадекватные ситуации действия. • Сужен объем, нарушена концентрация внимания, часто отсутствует реакция на окружающих 	<ul style="list-style-type: none"> • Выслушать пострадавшего, не пытаясь переубедить. • Обратиться за помощью к медицинским работникам, повторив восприятие ситуации, словами пострадавшего, не комментируя его неадекватность
<i>Апатия</i>		
Тягостное состояние вялости, безразличия, отсутствия сил и мотивации	<ul style="list-style-type: none"> • Подрагивают губы, иногда как беззвучный плач. • Состояние подавленности со слезотечением или без него. • В отличие от истерики и рыдания нет возбуждения в поведении 	<ul style="list-style-type: none"> • Это состояние может быть полезным, когда помогает избегать опасности. Поэтому бороться с ним нужно тогда, когда он мешает адекватным ситуациям действиям. • Побуждать к проговариванию чувств, выслушивать, проявляя понимание, сочувствие. • Использовать отвлекающие занятия, не требующие сложных интеллектуальных действий. • Недопустимо говорить человеку «не думай об этом», «это ерунда», «это глупости»

Продолжение прил. 1

Описание	Признаки	Действия
<i>Бред</i>		
Ложное, не поддающееся коррекции убеждение или суждение, не соответствующее реальной действительности	<ul style="list-style-type: none"> • Сильное дрожание тела или отдельных его частей. • Чрезмерное недоверие и подозрительность к окружающим. • Склонность видеть в обычных явлениях и предметах угрожающие, предостерегающие знаки. • Чувство обиды, готовность ответить на пренебрежительное отношение 	<ul style="list-style-type: none"> • Обращаясь по имени, говорить уверенным тоном в повелительном наклонении, не проявляя сочувствия. • Короткими фразами дать конкретные указания, что делать (выпей воды, умойся)
<i>Галлюцинации</i>		
Возникающее при сильной усталости, употребления алкоголя или психотропных веществ состояние, сопровождающееся образами без внешнего раздражителя	<ul style="list-style-type: none"> • Резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи. • Отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки). • «Застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности. • Возможно напряжение отдельных групп мышц 	см. <i>Бред</i>
<i>Двигательное возбуждение</i>		
Состояние, характеризующееся двигательным беспокойством разной степени выраженности. Часто сопровождается речевым возбуждением	<ul style="list-style-type: none"> • Чрезмерное возбуждение, демонстративное поведение в присутствии зрителей. • Речь эмоционально насыщенная, быстрая, возможны крики, рыдания 	<ul style="list-style-type: none"> • Сориентировать в ситуации и первоочередных действий, при необходимости используя убеждение. • Выявить и изолировать потенциального паникера или неформального лидера толпы

Продолжение прил. 1

Описание	Признаки	Действия
<i>Истерика</i>		
Сильное эмоциональное возбуждение, сопровождающееся различными движениями, насыщенной речью, слезами и криками	<ul style="list-style-type: none"> • Раздражение, недовольство, гнев (даже по незначительному поводу), мышечное напряжение. • Вербальное проявление: словесные оскорбления, брань. • Невербальное проявление: толкание, нанесение ударов руками, ногами или какими-либо предметами 	<ul style="list-style-type: none"> • Проводить пострадавшего к месту отдыха, помочь удобно устроиться, дать возможность отдохнуть, полежать. • Если нет возможности отдохнуть, разговаривая с пострадавшими и часто обращаясь по имени, вовлекать его в любую совместную деятельность (сходить попить чай или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи)
<i>Нервная дрожь</i>		
Реакция на стресс, наступающая после сильного напряжения и вызывающая дрожь всего тела или его частей	<ul style="list-style-type: none"> • Дезориентация в месте, времени. • Непонимание произошедшего, своего состояния, способность реагирования на окружающие обстоятельства 	<ul style="list-style-type: none"> • Дать реакции состояться, выразить свою поддержку и сочувствие (словами или взяв человека за руку). • Предложить выпить воды
<i>Паника</i>		
Внезапное чувство сильного страха, подавляющее мышление	<ul style="list-style-type: none"> • Быстрая речь без пауз. • Повторяющаяся, детализированная, иногда абсолютно бессмысленная речь 	Выслушать пострадавшего, снижая темп его речи с быстрого до обычного, используя междометия
<i>Плач</i>		
Реакция на сильное одномоментное психическое переживание, или как результат длительного напряжения; состояние подавленности со слезотечением или без него	Измененное дыхание, сопровождаемое стонами, криками, экспрессивное выражение чувств, проявляющееся в мимике, жестах, позе, интонации	<ul style="list-style-type: none"> • Сориентировать во времени и пространств, кратко объяснив ситуацию и рекомендуемые действия. • Вовлечь в деятельность, дать конкретные задания «Принести ту бутылку с водой», «Подержи бинт»

Окончание прил. 1

Описание	Признаки	Действия
<i>Растерянность</i>		
Состояние, при котором страх в сочетании с возбуждением побуждает к бегству	<ul style="list-style-type: none"> • Резкое ослабление волевого контроля. • Снижение критичности, рациональности и этичности. • Стихийное неорганизованное поведение людей (одного, группы, масс) 	<ul style="list-style-type: none"> • Дать реакции состояться, если это не усугубляет состояния других людей. • По возможности обеспечить уединенность человека. • После снижения интенсивности реакции предложить попить воды
<i>Речевое возбуждение или «речевое недержание»</i>		
Заболевание речи, характеризующееся многословием, безудержностью и ускорением темпа речи	Ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить	<ul style="list-style-type: none"> • Говорить в темпе речи пострадавшего, четко проговаривая слова и фразы, постепенно снижая темп речи. • Сориентировать в первоочередных действиях, направить «энергию в мирные цели»
<i>Рыдание</i>		
Эмоциональная реакция, вызванная большим горем, душевным страданием	<ul style="list-style-type: none"> • Напряжение мышц (особенно лицевых). • Сниженный контроль собственного поведения, оцепенение. • Часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы) 	<ul style="list-style-type: none"> • Осторожно обнять, гладить по спине. • Укрыть, предложить теплое, сладкое питье. • По возможности обратиться за медицинской помощью
<i>Страх</i>		
Кратковременный или длительный эмоциональный процесс, порождаемый действительной или мнимой опасностью	<ul style="list-style-type: none"> • Безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, ощущение усталости, безысходности. • Речь медленная, с большими паузами 	<ul style="list-style-type: none"> • Не пытаться переспорить и переубедить пострадавшего, даже если не согласны с ним. • Переключить внимание пострадавшего на другой объект или деятельность
<i>Ступор</i>		
Полная обездвиженность с невозможностью разговаривать и ослабленными реакциями на окружающую среду	Пострадавший воспринимает объекты, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (например, слышит голоса, видит людей, чувствует запахи, которых нет на самом деле)	<ul style="list-style-type: none"> • Не обнимать и не прижимать пострадавшего к себе, не говорить, чтобы он взял себя в руки. • Дать реакции состояться или усилить данную реакцию, предложив совместно выполнить не сложные упражнения на напряжение и расслабление мышц

ПАМЯТКА ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ

○ **РОБОСТЬ, НЕУВЕРЕННОСТЬ, ПЛАКСИВОСТЬ** – *словесная* (прим. вопросы: «Как ты себя чувствуешь?», «Все ли у тебя хорошо?») – сильные запинания, простой подбор слов (не более 3–4)/односложные ответы («да-нет», «знаю-незнаю», «ясно-понятно») и *внешняя* (напуганное или «каменное» лицо, постоянные «самопоглаживания» – касается носа, щёк, рук-ног, складывает руки «в кресте», отворачивается и смотрит в сторону, гладит себя по плечам, бедрам).

○ **ОБИДЧИВОСТЬ, ПОВЫШЕННАЯ РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ** (прим. вопросы: «Как ты себя чувствуешь?», «Все ли у тебя хорошо?») – признаки *словесные* («Отстаньте от меня», «Ничего не буду говорить», «А вам зачем») и *внешние* (уход от вопросов, не поддерживает зрительный контакт, «самопоглаживания»), в большинстве случаев слабые по выраженности.

○ **ПОСТОЯННАЯ УСТАЛОСТЬ, ФИЗИЧЕСКАЯ СЛАБОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ** (прим. вопросы: «Сильно ли ты устаёшь в последнее время?», «Трудно ли тебе даётся учебный материал/физические занятия?»).

○ **НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА СНА И АППЕТИТА** (прим. вопросы: «Много/мало ли ты спишь? (стат. норма – 5–7 часов)», «Много/мало ешь? (стат. норма – 3 раза, завтрак-обед-ужин, либо 6 раз, завтрак-перекус-обед-перекус-ужин-перекус)») – верный признак психического или физического неблагополучия.

○ **ОДИНОЧЕСТВО, ОБЩАЯ ПАССИВНОСТЬ ИЛИ ОТКАЗ ОТ ОБЩЕНИЯ** (прим. вопросы: «Хорошо ли ладишь с однокурсниками, друзьями?», «Много ли где принимаешь участие (про мероприятия или студенческие активности)?»). *Подобные вопросы об активности того или иного студента можно задать его соседям по комнате*) – рассматривается стремление человека отстраниться от общения с ближайшим окружением.

○ **ПРИВЛЕЧЕНИЕ ВНИМАНИЯ К СЕБЕ** (прим. вопросы: «Есть ли у тебя татуировки или пирсинг?», «Занимаешься ли ты экстремальными видами спорта?», «Есть ли у тебя «острые» хобби?») – заключается в неосознанном или частично осознанном привлечении внимания к своей проблеме через яркую одежду/макияж, нанесения татуировок или внедрения пирсинга в тело, опасные увлечения. Также особо важными признаками привлечения внимания являются погрызенные ногти, синяки и порезы, покусанные губы. В редких случаях студент сообщает о своих проблемах словесно, получая возможность выговориться посредством вопросов о самочувствии и причинах яркой внешности.

○ **БЕСПОМОЩНОСТЬ И БЕЗНАДЕЖНОСТЬ** (*прим. вопросы:* «Чем собираешься заняться после обучения?», «Что планируешь делать на выходных?», «Хочешь ли ты купить квартиру или машину?») – вопросы должны коснуться ощущения контроля и планирования будущего у студента. Непонимание своего пути и, что намного опасней, наличие ощущения бесконтрольности происходящего приводят к тяжелым эмоциональным состояниям.

○ **СТЫД ЗА СЕБЯ, УЯЗВЛЕННОСТЬ** (*прим. вопросы:* «Стыдно ли тебе за что-нибудь? (стыд любой, важен факт его наличия в ближайшем прошлом)», «Знакомо ли тебе чувство, что тебя не понимают/принимают?», «Гордишься ли ты собой за преодоленные трудности?») – важно наблюдать за наличием низкой самооценки, самоуничужения или вины за совершенные поступки.

○ **НАЛИЧИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК** (*прим. вопрос:* «Как ты справляешься с перенапряжением?») – в большинстве случаев данный факт остаётся неизвестным для преподавателя, однако при возможности лучше попробовать поинтересоваться у студента о наличии вредных привычек. Курение, употребления алкоголя – признаки зависимости, с помощью которой студент пытается справиться с переизбытком стресса.

○ **ПРОБЛЕМЫ С ГИГИЕНОЙ** (*прим. вопрос:* «Занимаешься ли ты зарядкой по утрам?», «Чистишь ли зубы два раза в день?») и другие вопросы, связанные с гигиеной) – проблемы с поддержанием гигиены обычно видны невооруженным глазом – жирная кожа, грязь, неприятные запахи. Отсутствие внимания к себе является распространенным признаком нарушения благополучия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ПАМЯТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И РАБОТНИКОВ УНИВЕРСИТЕТА «ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ»

Алгоритм действия при эмоциональных нарушениях поведения обучающихся

Если в поведении обучающегося отмечаются кратковременные перепады настроения, тревога, гнев, страх, двигательная и речевая активность (не более 5–7 минут), **необходимо сделать следующее.**

1. Продолжать общаться доброжелательно без повышения голоса.
2. Употреблять четкие, короткие фразы с утвердительной интонацией (3–4 слова).
3. Избегать в своей речи употребления частицы «не» и отрицания.
4. Поддерживать короткий зрительный контакт (не более 5 секунд).
5. Информировать директора института/ заместителя директора по ВР (в течение 1 часа).
6. Предоставить в дирекцию института рапорт о произошедшем на имя директора института (в течение суток).

ВАЖНО – НЕ ИГНОРИРОВАТЬ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ!

Алгоритмы действия при критических нарушениях поведения обучающихся

Признаки, действия	Алгоритм		
	1	2	3
Признаки поведения	Состояние обморока, потери сознания. Эпилептические судороги, нарушение дыхания и невнятная речь при закрытых глазах	Прямые угрозы о нанесении телесных повреждений, использование колющих, режущих предметов, агрессия	Резкий подъём настроения, расторможенность в поведении, легкомыслие, беспричинный смех, разговор вслух с самим собой, защита от кажущейся угрозы
Предпринимаемые действия	<ul style="list-style-type: none"> ● Вызвать по телефону скорую помощь, дословно называя конкретные симптомы и признаки поведения обучающегося; ● Информировать службу охраны университета (пост корпуса) о вызове скорой помощи, пригласить охранника для выполнения совместных действий по алгоритму. <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимо предупредить студентов о запрете съемки и выкладывание в социальные сети и мессенджеры постов и видео о произошедшем (для того, чтобы дать возможность работать специальным службам и избежать паники). 2. Информировать директора института/заместителя директора по ВР (в течение 15 минут). 3. Информировать проректора по воспитательной работе и связям с общественностью (в течение 15 минут). 4. Предоставить в дирекцию института рапорт о произошедшем на имя директора института (в течение суток) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Вызвать по телефону экстренную службу, дословно называя конкретные симптомы и признаки поведения обучающегося; ● Информировать службу охраны университета (пост корпуса) о вызове экстренной службы, пригласить охранника для выполнения совместных действий по алгоритму. <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимо предупредить студентов о запрете съемки и выкладывание в социальные сети и мессенджеры постов и видео о произошедшем (для того, чтобы дать возможность работать специальным службам и избежать паники). 2. Совместно с охраной университета вывести студентов, находящихся в данный момент в аудитории в безопасное место. 3. После эвакуации студентов, покинуть аудиторию, оставив службу охраны блокировать выход из аудитории, далее действовать по алгоритму. 4. Информировать директора института/заместителя директора по ВР (в течение 15 минут). 5. Информировать проректора по воспитательной работе и связям с общественностью (в течение 15 минут). 6. Предоставить в дирекцию института рапорт о произошедшем на имя директора института (в течение суток) 	

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ	
КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	4
1.1. Определение суицида.....	4
1.2. Теории развития суицидального поведения	6
1.2.1. Социологическая концепция.....	7
1.2.2. Психологические концепции	8
1.2.3. Анатомо-антропологическая модель	12
1.2.4. Генетические и биохимические концепции	12
1.2.5. Эклектические теории	12
1.2.6. Современная концепция суицидального поведения	13
1.3. Мотивы суицидального поведения	14
1.4. Причины суицидального поведения	15
1.5. Классификация суицидального поведения	15
1.6. Факторы суицидального риска.....	15
1.7. Мифы о суицидальном поведении.....	16
2. ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	18
2.1. Особенности суицидального поведения детей и подростков	18
2.2. Мотивы и поводы суицидального поведения детей и подростков.....	19
2.3. Группы риска и диагностические признаки суицидального поведения детей и подростков.....	20
2.4. Факторы антисуицидального барьера	30
2.5. Организация социально-психологической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению	31
2.6. Российский и международный опыт социально-психологической работы с людьми, склонными к суицидальному поведению	35
2.7. Организация работы педагога с суицидальным поведением обучающихся	36
2.8. Работа с родителями в контексте профилактики суицидального поведения обучающихся	39
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	45
Приложение 1. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ В ОСТРЫХ СТРЕССОВЫХ РЕАКЦИЯХ	48
Приложение 2. ПАМЯТКА ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО И ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ	52
Приложение 3. ПАМЯТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ И РАБОТНИКОВ УНИВЕРСИТЕТА «ДЕЙСТВИЯ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И КРИТИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ».....	54

Учебное издание

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по алгоритмам действий

Составители: **Донкан** Ирина Михайловна, **Таранец** Роман Юрьевич

Технический редактор *С. С. Заикина*

Дата подписания к использованию 27.07.2023.
Усл. печ. л. 3,2. Зак. 117. Электронный ресурс.

680021, г. Хабаровск, ул. Серышева, 47.