

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

# **ПРОБЛЕМА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Для педагогов**

**Иркутск, 2014**

Проблема суицидального поведения детей и подростков:  
Методические рекомендации /Ворсина О.П., Дианова С.В.,  
Чернигова Е.П. – Иркутск, 2014. – 28 с.

УДК

ББК

**Авторы-составители:**

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

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

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

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

ББК

© министерство здравоохранения  
Иркутской области  
© областное государственное  
казенное учреждение  
здравоохранения «Иркутская  
областная клиническая  
психиатрическая больница № 1»

ISBN

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

В России за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков выросла в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет расти быстрыми темпами. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями российских юношей обусловлена суицидами в 33,2%, девушек – в 34% случаев. Если оставить в стороне вопрос относительно намерений, то истинный уровень смертности вследствие самоубийств в 2006 г. возрастает у российских юношей на 14,5%, у девушек – на 20,6%. По данным Н.П.Кокориной и др. (1997), среди пытающихся расстаться с жизнью жителей Кузбасса 14,1% составляют школьники и студенты. По данным 2007г., показатели суицидов в стране были следующими: 0,1 случая на 100 тысяч детей в возрасте 5-9 лет; 3,6 – на 100 тысяч детей 10-14 лет; 20,1 – на 100 тысяч подростков в возрасте 15-19 лет. В стране ежегодно в последние годы уходят из жизни по причине самоубийств до 500 детей до 14 лет и 2,5 тысячи подростков 15-19 лет. В 2009 г. частота суицидов среди российских детей и подростков составила 3,5 и 19,8 на 100 тысяч населения данной возрастной группы.

Б.С.Положий, Е.А.Панченко (2012) проанализировали частоту подростковых суицидов по федеральным округам России. Установлены минимальные показатели частоты суицидов среди детей и подростков в Северо-Кавказском, Центральном и Южном ФО (5,6; 9,8 и 12,3 на 100 тысяч лиц данной возрастной группы), что сопоставимо с общемировыми показателями. Близкие к

общероссийскому уровню показатели суицидов выявлены в Северо-Западном и Приволжском округах (19,2 и 23,4 на 100 тысяч населения). Неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и особенно в Сибирском округах (28,6; 33,6 и 36,3 на 100 тысяч). Данные уровни суицидов в 4,5-5 раз превышают аналогичные мировые показатели. В отношении смертности подростков отчетливо сформировался северо-восточный вектор нарастания смертности. Дальневосточный регион и Восточная Сибирь формируют полюс неблагополучия, который полностью определяется внешними причинами смерти, прежде всего самоубийствами, убийствами и другими формами насилия.

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

Среди наиболее типичных мотивов суицидального поведения детей и подростков большинство исследователей относят такие, как неблагоприятные взаимоотношения с родителями и сверстниками, одиночество, потеря одного из родителей, их развод, неразделенная любовь, ревность, оскорбленное самолюбие (Кузнецов В., 1996). По данным В. Ф. Войцеха (2007), в препубертатном периоде детско-подросткового возраста доминируют семейные и школьные, а в пубертатном – любовные иексуальные конфликты. А. Е. Личко (1999) к наиболее частым причинам суицидов среди подростков относит: потерю любимого человека; состояние переутомления;

уязвленное чувство собственного достоинства; разрушение защитных механизмов личности в результате приема психоактивных веществ; отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство; различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

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

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

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Повышенный суицидальный риск имеют молодые люди из негармоничных семей, в таких семьях вырастают до 40% детей и подростков с суицидальным поведением (Панченко Е.А., 2011). Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б.С.Положего и др. (2011), более 90% детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д.Н.Исаев (2004), изучив особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет, обнаружил, что причиной суицидального поведения у них является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга. Из-за

депривации и/или отвержения у умственно отсталых детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности.

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

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

А.Г.Амбрумова и др. (1978), обследовав 770 детей и подростков с суициdalным поведением, обнаружили наиболее частые способы суициdalных попыток: у девочек – отравления, у мальчиков – порезы вен и повешение. По данным В. Т. Лекомцева и Е. А. Панченко (2002), в группе до 13 лет в качестве способа самоубийства избиралось отравление, а в возрасте 13-16 лет к самоотравлению присоединяются и другие способы: самоповешение, самоудавление, суициды с помощью колюще-режущих предметов, комбинированные способы. По мнению Е. Шир (1984), большинство суициdalных действий направлено не на самоуничтожение, а на восстановление социальных нарушенных связей с окружающими; иногда суициdalное поведение определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. А. Е. Личко (1983) показал, что суициdalное поведение в подростковом возрасте чаще носит демонстративный характер, лишь у 10 % подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90 % случаев – это крик о помощи. Однако потенциальная опасность такого поведения достаточно высока, и ни одна суициdalная попытка не должна рассматриваться как незначительная, «несерьезная».

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

Анализ суицидальных проявлений у детей и подростков свидетельствует о том, что суицидальное поведение в этом возрасте, имея много общего с аналогичным поведением у взрослых, несет в себе и ряд отличий. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и формирующейся личности в период социально-психологического становления.

В последние десятилетия произошел резкий сдвиг в скорости биологического созревания молодежи. Для современных подростков характерно более раннее начало половой жизни, учебной и трудовой деятельности. Их психологическое развитие и социальная адаптация в какой-то степени не способны угнаться за теми требованиями общества, которые позволяют характеризовать подростка как готового к взрослой и самостоятельной жизни. Экономические и социокультуральные изменения, которые произошли за последние 20 лет, имеют и определенную негативную роль. Растет распространность и легкодоступность алкоголя, наркотических средств среди молодежи, которые нередко являются составной частью суицидальной попытки, притупляя чувство самосохранения. Информационная «поддержка» современными СМИ темы суицида, нейтральное отношение к нему общества, распространение суицидальных интернет-сообществ, пропагандирующих индивидуальный или расширенный киберсуицид, также повышают риск совершения суицида у подростков.

Зиновьев С.В. (2002) считает, что самоубийство в детском и подростковом возрастах имеет особенную фактуру, корни которой лежат в своеобразии представлений о смерти:

1) чем младше человек, тем труднее определить истинность его намерений уйти из жизни;

2) многие дети убеждены, что смерть имеет конец. Формирование представлений о смерти проходит несколько этапов.

Ребенок формально знаком с атрибутами ухода из жизни, но знания не соотносятся с собственной личностью или личностями близких. Конечность жизни представляется как длительное отсутствие. Привлекает возможность считаться умершим для окружающих, но наблюдать за ними со стороны и видеть раскаяние своих обидчиков. Страх смерти отсутствует, и при "игре в смерть" ребенок не испытывает отрицательных эмоций. Не осознавая серьезности последствий, он может совершать и опасные для жизни шалости, и покушения на самоубийство.

Со временем становится адекватным представление о смерти как о конце жизни. Формируется страх смерти, который носит чаще формальный характер и не связывается с ценностью собственной жизни.

3) мотивы самоубийств детей и подростков до крайности непропорциональны факту травматизации, очень высок уровень импульсивности поступка.

4) прием алкоголя и наркотиков нарушает эмоциональную реактивность детей и подростков. Риск самоубийства более высок среди тех, кто пристрастился к наркотикам или алкоголю. Под влиянием психоактивных веществ повышается вероятность внезапных импульсов. Бывает и так, что смерть от передозировки является преднамеренной.

5) именно среди молодых самоубийство заразительно. Для многих склонных к самоубийству подростков характерны высокая внушаемость и стремление к подражанию. Когда случается одно самоубийство, оно становится сигналом к действию для других предрасположенных к этому подростков. Небольшие группы ребят даже объединялись с целью создания некой субкультуры самоубийств. Потенциальные самоубийцы часто имеют родственников, покончивших с собой.

Суицид может быть непосредственным результатом душевной болезни. Некоторые подростки страдают галлюцинациями, когда чей-то голос приказывает им покончить с собой.

Причиной покушения на самоубийство может быть депрессия, вызванная потерей объекта любви, она сопровождается печалью, подавленностью, потерей интереса к жизни и отсутствием мотивации к решению насущных жизненных задач. Иногда депрессия может и не проявляться столь явно: подросток старается скрыть ее за повышенной активностью, чрезмерным вниманием к мелочам или вызывающим поведением - правонарушениями, употреблением наркотиков, беспорядочными сексуальными связями.

*Риску суицида подвержены дети и подростки с определенными психологическими особенностями:*

- эмоционально чувствительные, ранимые;
- настойчивые в трудных ситуациях и одновременно неспособные к компромиссам;
- негибкие в общении (их способы взаимодействия с окружающими достаточно однотипны и прямолинейны);
- склонные к импульсивным, эмоциональным, необдуманным поступкам;
- склонные к сосредоточенности на эмоциональной проблеме и к формированию сверхзначимого отношения;
- пессимистичные;
- замкнутые, имеющие ограниченный круг общения.

### ***Демонстративные и истинные попытки суицида***

Специалисты разделяют суицидальные попытки:

- на истинные;
- демонстративные;
- шантажные.

Число **демонстративных** попыток в 10-15 раз больше, чем завершенных. Задача демонстративных, шантажных попыток - добиться определенной цели, либо обратить на себя внимание, либо выразить протест против трудной ситуации. Нельзя сбрасывать со счетов и влияние сверстников. Подросток совершает суицидальную попытку "за компанию", его решение не обдумано, а продиктовано готовностью поддержать друзей, стремлением быть "как все".

Следует помнить, что любые суицидальные попытки чрезвычайно опасны! Они могут действительно завершиться смертью; могут стать способом решения различных проблем (по сути, это манипулирование другими людьми) или же экстремальным "развлечением". Наконец, игры со смертью могут перерасти в стойкое саморазрушающее поведение, а это - употребление наркотиков, алкоголя, постоянное стремление рисковать.

Наиболее опасны **истинные** суицидальные попытки, это показатель тяжелых душевных переживаний, сильного стресса, выраженной депрессии. Истинное суицидальное поведение обычно возникает в тех случаях, когда жизнь ударяет подростка по "слабым местам" и порождает мысли о неполнценности. Совершается суицид под влиянием цепи неудач, разочарований; последней каплей может стать ничтожный повод.

Необходимо иметь в виду, что конфликтная ситуация для ребенка или подростка может складываться из незначительных, мимолетных, по мнению взрослых, неурядиц. У подростка с его максимализмом, эгоцентричностью, неумением прогнозировать свою жизнь, создается ощущение безысходности, рождается чувство отчаяния, одиночества. Это совершенно неожиданно для окружающих его взрослых делает конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка.

Становится понятна условность деления суицидального поведения в детском и подростковом возрасте на истинное и демонстративно-шантажное. Все суицидальные действия в этом возрасте следует расценивать как истинные и подвергать глубокому анализу каждый факт покушения на самоубийство.

Подростки чаще всего прибегают к демонстративному суициду, рассчитывая, что их вовремя спасут. Объясняют его "несчастной любовью", но действительная причина - уязвленное самолюбие, потеря ценного внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников. А возможно, и необходимость выпутаться из серьезной ситуации, избежать наказания, вызвать сочувствие, заполучить репутацию исключительной личности. Суицид, совершаемый перед школой, может свидетельствовать о серьезном конфликте с учителями или администрацией. Иногда "игра со смертью" является шантажом, спровоцированным наказаниями, несправедливыми, по мнению подростка, и окрашена чувством мести, желанием доставить обидчику большие неприятности.

Подростковый возраст настолько богат конфликтами и осложнениями, что его можно считать "сплошным затянувшимся конфликтом". Подросток по-своему реагирует на происходящее, что связано прежде всего с его личностным самоутверждением. Это выражается в стремлении освободиться от опеки, контроля, покровительства взрослых и распространяется на установленные ими порядки, правила, законы и ценности. Почти инстинктивно он объединяется со сверстниками, главным образом, с целью общения. Самоутверждение и общение чрезвычайно важны для подростка. Блокирование этих потребностей может вызвать тяжелый внутренний конфликт - причину суицида.

## ***Классификация суицидальных проявлений***

Суицидальные намерения включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, тенденции.

### ***Степени выраженности суицидального поведения:***

Первая степень - пассивные суицидальные мысли. Это представления, фантазии на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как действия. Примером могут служить высказывания: "Хорошо бы умереть", "Заснуть и не проснуться", "Если бы со мной это произошло, я бы умер" и т. д.

Вторая степень - суицидальные замыслы. Это активная форма проявления суицидальности, стремления к самоубийству. Параллельно формируется план реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья степень - суицидальные намерения. Они вытекают из замыслов, при этом подкрепляются волевыми решениями, ведущими к поступку.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации исчисляется иногда минутами (острый пресуицид), иногда месяцами (хронический пресуицид).

## ***Психодиагностика суицидального поведения***

Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе, дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства, часто, не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намерился совершить суицид, от 70 до 75 % тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Очень важно, что 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают врачей, психологов, педагогов, работников социальных служб, до этого по какому-либо поводу в течение ближайших недель и месяцев. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто врачи, соцработники и семья не слушают их.

Суицидальными людьми, в целом, часто руководят противоречивые чувства. Они испытывают безнадежность, и в то же самое время надеются на спасение.

Часто желания за и против суицида настолько уравновешены, что если близкие в эти минуты проявят теплоту, заботу и проницательность, то весы могут накрениться в сторону выбора жизни. Поэтому очень важно знать во время беседы с

суицидальным человеком об особых ключах и предостерегающих признаках самоубийства.

### ***Мотивы и поводы суицидального поведения***

Основными мотивами и поводами для суицидального поведения (приведены в порядке уменьшения значимости) могут быть:

1. Личностно-семейные конфликты:

неправедливое отношение (оскорбление, унижение, обвинение) со стороны родственников и окружающих; потеря близкого друга, болезнь, смерть родных; препятствия к удовлетворению актуальной потребности; несчастная любовь; недостаток внимания, заботы со стороны окружающих.

2. Психическое состояние. Две трети суицидов совершаются в непсихотических состояниях по вполне реальным мотивам и поводам, и лишь треть в состоянии психоза с бредовыми идеями.

3. Физическое состояние. Такое решение чаще всего принимают больные с онкопатологией, туберкулезом, сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом суицид совершается на этапе неуточненного диагноза.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

боязнь наказания или позора;  
самоосуждение за неблаговидный поступок.

5. Конфликты в профессиональной или учебной сфере:

несостоятельность, неудачи в учебе или работе;  
неправедливые требования к выполнению профессиональных или учебных обязанностей.

Реже служат причиной суицида -

6. Материально-бытовые трудности. Они также редко служат причиной суицида.

### **Целями суицида могут быть:**

1. Протест, месть. Суицидальное поведение по типу "протesta" предполагает нанесение ущерба, мести обидчику, т. е. тому, кто считается причиной суицидального поведения. Действует принцип: "Вам будет хуже после моей смерти". Конфликт носит острый характер.

2. Призыв. Суицидальное поведение по типу "призыва" возникает остро, реализуется чаще всего через самоотравление.

Основной смысл суицидальной попытки - получение помощи извне с целью изменения ситуации.

3. Избегание (наказания, страдания). Суицидальное поведение по типу "избегания" проявляется в ситуациях угрозы наказания и при ожидании психического или физического страдания, а смысл суицида заключается в попытках их избежать.

4. Самонаказание - определяется переживаниями вины реальной, или же это следствие патологического чувства вины.

5. Отказ. Суицидальное поведение по типу "отказа" от жизни, где цель и мотивы полностью совпадают, встречается только у душевнобольных.

Попытка самоубийства - это крик о помощи, обусловленный желанием привлечь внимание к своей беде или вызвать сочувствие у окружающих. Так ребенок прибегает к последнему аргументу в споре с родителями. Он нередко представляет себе смерть как некое временное состояние: он очнется и снова будет жить. Совершенно искренне желая умереть в невыносимой для него ситуации, он в действительности хочет лишь наладить отношения с окружающими. Здесь нет попытки шантажа, но есть наивная вера: пусть хотя бы его смерть образумит родителей, тогда закончатся все беды, и они снова заживут в мире и согласии.

Нужно иметь в виду:

1. Граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте условна. Целесообразно все суицидальные мысли, тенденции, попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью.

2. Чем меньше возраст больного, тем острее протекают депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью.

3. Депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций. Они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры профилактики, диагностики и лечения.

4. Психологические переживания часто переоцениваются подростками и недооценивается взрослыми.

5. В структуре депрессивного состояния есть симптомы, наличие которых должно насторожить.

6. При депрессивных состояниях у детей и подростков всегда высок риск повторений, что требует индивидуальной профилактической работы.

7. Как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными детьми и подростками в истинные покушения на самоубийства.

Именно изменения в поведении (знаки беды) позволяют своевременно распознать надвигающуюся катастрофу. Знаки беды – это, прежде всего, заметная перемена в обычных манерах поведения пациента.

Человек может решиться на самоубийство, если:

1. Социально изолирован (не имеет друзей или имеет только одного друга), чувствует себя отверженным.
2. Живет в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье – в отношениях с родителями или родителей друг с другом; алкоголизм – личная или семейная проблема);
3. Ощущает себя жертвой насилия – физического, сексуального или эмоционального.
4. Предпринимал раньше попытки суицида.
5. Имеет склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершалось кем-то из друзей, знакомых или членов семьи.
6. Перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей).
7. Слишком критически настроен по отношению к себе.

### ***Признаки высокой вероятности реализации суицидальных намерений***

Суицидологи отмечают во внешнем поведении человека ряд типичных ***изменений***, которые могут свидетельствовать о суицидальных намерениях:

- активная предварительная подготовка;
- целенаправленный поиск средств ухода из жизни; активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств (собирание таблеток, хранение отправляющих веществ и жидкостей и т.п.);
- изменение стереотипа поведения человека; несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных; возбуждённое поведение и повышенная общительность у малоподвижных и молчаливых;
- сужение круга его контактов, стремление к уединению;
- недостаток сна или повышенная сонливость;

- нарушение аппетита;
  - признаки беспокойства, вспышки раздражительности;
  - усиление чувства тревоги;
  - признаки вечной усталости, упадок энергии;
  - неряшливый внешний вид;
  - усиление жалоб на физическое недомогание;
  - склонность к быстрой перемене настроения;
  - отдаление от семьи и друзей;
  - излишний риск в поступках;
  - выражение безнадёжности, поглощённость мыслями о смерти, разговоры о собственных похоронах.
- косвенные «намёки» на возможность суицидальных действий (например, появление в кругу друзей с петлёй на шее, «игра» с оружием, имитирующая самоубийство и т.д.);
- фиксация на примерах самоубийств (частые разговоры о самоубийствах вообще);
  - символическое прощание ребенка с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фотоальбомов, игрушек и т.п.);
  - достаточно симптоматичными являются открытые антивитальные заявления подростков:
    - Ненавижу жизнь;
    - Не могу больше этого вынести;
    - Я покончу с собой;
    - Просто жить не хочется;
    - Никому я не нужен;
    - Всем будет лучше без меня;
    - Мне нечего ждать от жизни;
    - Они пожалеют о том, что они мне сделали;
    - Я стал обузой для всех;
    - Это выше моих сил.

### ***Факторы суицидальной активности***

Суицидальная активность человека зависит от целого ряда факторов. Главную роль в возникновении суицидально опасной ситуации играют конфликты.

Наиболее распространеными являются:

1. Конфликты, связанные со спецификой жизнедеятельности (учебы, общения) и социального взаимодействия людей:

- индивидуальные адаптационные трудности;
- неудачи выполнения конкретной задачи;
- конфликты со сверстниками;
- межличностные конфликты со значимыми людьми.

## 2. Лично-семейные конфликты:

- неразделенная любовь;
- измена любимого человека;
- развод родителей;
- тяжелая болезнь;
- смерть близких людей;
- половая несостоятельность.

## 3. Конфликты, обусловленные состоянием здоровья:

- психические заболевания;
- хронические соматические заболевания;
- физические недостатки.

## 4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

- страх уголовной ответственности;
- боязнь позора.

## 5. Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями.

Следует помнить, что вероятность возникновения суицидального поведения **ВОЗРАСТАЕТ**:

- в вечернее, ночное и утреннее время, когда люди предоставлены самим себе, остаются наедине со своими мыслями, переживаниями;
- в период пиков возрастной суицидальности» (между 17 и 24 годами);
- в условиях тяжелой морально-психологической обстановки в семье или ближайшем окружении.

Обычно исследования в области суицидологии ставят своей целью идентифицировать людей с высоким риском суицида, после чего помочь этим лицам, предупреждая попытку суицида.

## **Факторы риска**

Изучение причин и условий, при которых люди заканчивали жизнь самоубийством, позволило выявить ряд факторов, сопутствующих этому чрезвычайному происшествию.

К ним относятся:

**• условия семейного воспитания:**

- отсутствие отца в раннем детстве;
- матриархальный стиль отношений в семье;
- воспитание в семье, где есть алкоголики, психические больные;
- отверженность и социальная изоляция;
- воспитание в семье, где были случаи самоубийства и т. д.

**• стиль жизни и деятельности:**

- акцентуация характера;
- употребление алкоголя и наркотиков;
- попытки совершения суицидальных попыток в прошлом;
- совершение уголовно наказуемого поступка.

**• взаимоотношения с окружающими людьми:**

- изоляция от социального окружения, потеря социального статуса;
- разрыв высоко значимых любовных отношений;
- затрудненная адаптация к деятельности, учебе и др.

**• недостатки физического развития** (заикание, картиавость, ожирение и др.);

**• длительные соматические заболевания.**

Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют выявить лиц с повышенным риском суицида.

## **Основные психические состояния, которые могут приводить к суициду**

Следует знать основные психические состояния, обуславливающие самоубийства.

Состояния, приводящие к мысли о самоубийстве:

1. Низкая сопротивляемость стрессу и чувство разочарования и безысходности (недостаточное принятие реальности).
2. Ощущение неспособности изменить положение вещей (нет надежды на позитивные перемены в будущем).
3. Отсутствие навыков конструктивного решения проблемы, «образ тупика».
4. Скрытый гнев: гнев скрывается, выдавая за другие чувства, он направлен внутрь себя, похоронен, но наличие его можно заметить;
5. Положение дел не улучшается, никто не может помочь, нет никакой надежды.
6. Убежденность в том, что только самоубийство решит все проблемы.

Определенные аспекты человеческой жизни увеличивают вероятность попыток суицида. Изучение показало, что наиболее важный фактор суицида — ощущение человеком безнадежности. Лица с ощущением безнадежности могут рассматривать суицид как единственный способ решения своих проблем. Люди с душевными болезнями, расстройствами личности, а также лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют высокий риск суицида.

Другой фактор риска суицида заключается в наличии предыдущих суицидальных попыток, а также в наличии случаев суицида среди родственников. Важную роль играет социальная изоляция индивида. Люди, живущие одиноко или имеющие мало близких друзей, не получают эмоциональной поддержки, которая предупредила бы появление чувства безнадежности и иррациональных мыслей в трудный период их жизни.

Необходимо иметь в виду, что суицидальное поведение, как правило, сопровождается глубокой **депрессией**. Важно уметь видеть ее признаки. Для депрессии обычно характерно:

- снижение внимания или способности к ясному мышлению;

- потеря интереса или чувства удовлетворения в ситуациях, обычно вызывающих положительные эмоции;
- вялость, хроническая усталость, замедленные движения и речь;
- снижение эффективности или продуктивности в учебе, работе, быту;
- чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения;
- изменение привычного режима сна, бессонница или повышенная сонливость;
- пессимистическое отношение к будущему, негативное восприятие прошлого;
- неспособность к адекватной реакции на похвалы или награды;
- чувство горькой печали, переходящего в плач;
- изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса;
- повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве;
- снижение полового влечения.

Суицидоопасные депрессии протекают у подростков атипично, маскируясь симптомами сомато-вегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением, дисморфофобическими симптомами. Депрессия проявляется по-разному, в зависимости от акцентуации характера.

**У гипертимного** подростка – склонность к риску, пренебрежение опасностью.

**У циклотимного** – аффекты, печать отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.

**У эмоционально-лабильных** подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении “что-то с собой сделать”. Другим фактором может служить желание “забыться”. Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

**Сензитивные** подростки страдают от чувства собственной неполноценности - реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией.

**Психастенические** подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса.

Подросток с **эпилептоидной акцентуацией**, на фоне аффекта, может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего, наносят порезы, ожоги, порой из мазохистских побуждений. Опьянения, нередко, протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой.

**Истероидные** подростки предрасположены к демонстративным суицидам.

Все интересы подростка с **неустойчивой акцентуацией** направлены на получение удовольствий.

**Конформный** подросток может совершить суицид за компанию.

Часто суицидальное поведение подростка является крайним средством манипуляции с целью оказать давление на семейное окружение и вернуть утраченную позицию. Наиболее суицидоопасна позиция человека, оказавшегося в одиночестве перед коалицией объединившихся против него родственников. Протестные реакции свойственны подросткам, стремящимся уклониться от опеки, либо сохранить независимость в семье.

Единовластие может служить источником постоянного психического напряжения, а у подростков, не склонных к компромиссу и не желающих подчиняться грубому најиму со стороны взрослых, оно может провоцировать в некоторых случаях суицид протesta. В кризисном состоянии у детей и подростков для оценки риска необходимо учитывать не только суицидогенные факторы, но и антисуицидальные:

1. Нежелание вызывать отрицательные переживания близких.
2. Чувство долга к родителям.
3. Представление о греховности и о позорности суицида.
4. Наличие нереализованных планов.
5. Боязнь физических страданий.
6. Любовь к жизни.

### **Что должно насторожить:**

-Наличие суициdalной настроенности пациента, выражающаяся в аутоагрессивных мыслях, замыслах; положительное отношение к совершенной попытке самоубийства и сожаление, что ему оказали медицинскую помощь;

-Выявление неустойчивости фона настроения, пассивности, беспомощности, пессимистических взглядов на будущее, чрезмерной зависимости поведения от аффективного состояния, что может привести вновь к нарушению поведения и повторному суициду;

-Наличие психогенных депрессий, непосредственно связанных с психотравмирующей ситуацией и «отставленных» по времени с высоким суициdalным риском;

-Сохранение актуальности психотравмирующей ситуации, приведшей к суициду, наличие стойкой социально-психологической дезадаптации, препятствующей преодолению психологического кризиса;

-Выраженность астенического состояния, возникшего после суициdalной попытки и соматических осложнений.

Проблема диагностики суициdalного риска представляется актуальной. В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суициdalного риска.

**Рекомендуются следующие методы проведения  
психологической диагностики:**

## 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**

#### **a) вид конфликта:**

1. Конфликт со взрослым человеком (педагогом, родителем)	-0,5	+0,5	+ 1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	-0,5	+0,5	+ 1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	-0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	-0,5	+0,5	+ 1

#### **б) поведение в конфликтной ситуации;**

5. Высказывания с угрозой суицида	-0,5	+2	+3
-----------------------------------	------	----	----

**в) характер конфликтной ситуации:**

6. Подобные конфликты имели место раньше	-0,5	+0,5	+ 1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	-0,5	+0,5	+ 1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	-0,5	+0,5	+ 1

**г) эмоциональная окраска конфликтной ситуации:**

9. Чувство обиды, жалости к себе	-0,5	+ 1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	-0,5	+ 1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	-0,5	+ 1,5	+2

**III. Характеристика личности**

**а) волевая сфера личности:**

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

**б) эмоциональная сфера личности:**

5. Болезненное самолюбие, ранимость	-0,5	+1,5	+2
6. Доверчивость	-0,5	+0,5	+ 1
7. Эмоциональная вязкость («застрение» 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, необходимость близких эмоциональных контактов	-0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	-0,5	+0,5	+ 1,5
12.Бескомпромисность	-0,5	+0,5	+1,5

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

Главным в преодолении кризисного состояния человека является **индивидуальная профилактическая беседа** с суицидентом. Специфика ее состоит в следующем.

Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала 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 разговора, сколько бы он не продолжался).

В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет

Если человек ещё (!!!) живёт рядом с вами, и вы чувствуете, что он решил привести трагический замысел в исполнение, – **будьте скучны на слова и щедры на доброту**. Нужно полностью включиться во внутренний мир его переживаний. 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, говоря: “Пойди и сделай это”; не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: “Вы так чувствуете себя, потому что...”; не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: “Вы не можете себя убить, потому что...”; делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

У подростков часты не столько завершенные суициды, сколько замыслы и попытки. Присутствует демонстративно-шантажное поведение, которое предполагает не столько смерть, сколько воздействие на значимых лиц. При таком поведении подросток в действительности не хочет умирать и избирает суицид как способ влияния на жизненные условия и людей, от которых зависит исправление этих условий.

Специалистам, работающим с подростками, склонными к суициду, следует помнить, что стыдить их за суицидальные попытки нельзя, не следует и недооценивать вероятность совершения ими попыток самоубийств, в том числе повторных.

С подростками необходимо проводить как коррекционную работу (исправление саморазрушительных установок и развитие конструктивности), так и профилактические мероприятия (выявление подростков группы суицидального риска, в том числе посредством психодиагностики).

**Особое внимание следует обращать на подростков с акцентуациями характера, изолированных и отверженных в среде сверстников, имеющих опыт незавершенного суицида.**

По рекомендации Международной ассоциации по предотвращению самоубийств во многих государствах, и в России в частности, созданы службы предотвращения самоубийств - форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. В системе социальной защиты населения работают службы экстренной психологической помощи по телефону, «телефоны доверия», которые оказывают соответствующую помощь гражданам, находящимся в стрессовой ситуации, в состоянии, близком к суициdalному.

**Детский телефон доверия**

8-800-2000-122

с единым общероссийским номером

По этому номеру дети могут получить консультативно-психологическую помощь, в том числе в случаях жестокого обращения и насилия, в том числе сексуального.

Звонок бесплатный и анонимный. Позвонить можно со стационарного или мобильного телефона.

Кроме того, к общероссийскому номеру подключены телефоны в Иркутской области:

8 (3952) 22-93-28

вторник: 16.00-18.00, четверг: 16.00-18.00, суббота: 10.00-14.00

8 (3952) 24-00-07 – Круглосуточно

8-800-350-40-50 – Круглосуточно

**Телефон доверия экстренной психологической и психотерапевтической помощи**

(3952) 24-00-09, 24-00-07

круглосуточно

Рекомендуется делать акцент в работе по предупреждению самоубийств на коммуникативный уровень, направлять усилия на сохранение социальных связей потенциальных суицидентов с семьями, родственниками, соседями, которые могут играть важную роль в снижении уровня самоубийств. Обретение человеком смысла жизни – главная задача профилактики преодоления суицидальных состояний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы суицидологии //Сб. трудов Моск. НИИ психиатрии. - М., 1978. - Т. 78; 1981. - Т. 92..
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства //Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. № 4.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. - М., 1980.
4. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. - М., 1978.
5. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийства // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1999.
6. Галинский Я.И. Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением. - М., 1999.
7. Гилинский Я.И., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии. - СПб., 1999.
8. Горская М.В. Диагностика суициdalного поведения у подростков // Вестник психосоц. работы, 1994, № 1, с. 44 -52.
9. Ефремов В.С. Основы суицидологии. - СП-б.: Диалект, 2004.
10. Зиновьев С.В. Попытка системного анализа. – СПб.: СОТИС, 2004.
11. Личко А.Е. Психопатология и акцентуации характера у подростков. - СПб., 2000
12. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. - Минск, 1988.
13. Короленко Ц.П., Дмитриев Н.В. Социодинамическая психиатрия. – М.: Академический проект, 2000.
14. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л., 1983.
15. Роберт Голдни. Предупреждение суицидов.
16. Терапия и реабилитация лиц с ситуационными реакциями и психогенными депрессиями, совершивших суициdalную попытку. Методические рекомендации – М, 1988г.
17. Дифференциальная психокоррекционная и медикаментозная терапия суицидоопасных пограничных транзиторных состояний у лиц с конфликтом зависимых отношений. Методические рекомендации – М, 1994г.
18. Профилактика дезадаптации и суициdalного поведения у обучающейся молодежи. Методические рекомендации – М, 1988г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение .....	3
2. Демонстративные и истинные попытки суицида.....	11
3. Классификация суицидальных проявлений.....	12
4. Психодиагностика суициdalного поведения.....	12
5. Мотивы и поводы суициdalного поведения.....	12
6. Признаки высокой вероятности реализации суицидальных намерений .....	14
7. Факторы суициdalной активности .....	15
8. Факторы риска .....	17
9. Основные психические состояния, которые могут приводить к суициду .....	18
10. Что должно насторожить .....	21
11. Методы проведения психологической диагностики .....	21
12. Телефоны доверия .....	26
13. Список литературы .....	27