



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ: В ПОМОЩЬ РАБОТНИКУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



Методические рекомендации

Москва 2020



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Согласовано

Главный специалист Департамента здравоохранения города Москвы
внештатный психиатр
д.м.н., профессор Г.П. Костюк

« _____ » _____ 2019 г.



Рекомендовано

Экспертным советом по науке Департамента здравоохранения города Москвы № 21

« 16 » _____ 2019 г.



**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ:
В ПОМОЩЬ РАБОТНИКУ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Методические рекомендации № 61



Москва 2020

УДК 616.89-008.441.44

ББК 56.14

Б 35

Организация разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

Авторы:

к.м.н. М.А. Бебчук, к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. П.В. Безменов, к.м.н. Э.Г. Рытик, Ю.В. Северина, С.Л. Залманова

Рецензенты:

А.А. Шмилович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.
Л.С. Печникова – кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

**М.А. Бебчук, А.Я. Басова, П.В. Безменов, Э.Г. Рытик,
Ю.В. Северина, С.Л. Залманова.**

Б 35

Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». М.: 2020 г. 56 с. – ISBN 978-5-91976-150-1

Методические рекомендации посвящены практическим аспектам детской и подростковой суицидологии. Особое внимание уделено практическим аспектам выявления детей и подростков с высоким суицидальным риском. Издание предназначено для работников образовательных организаций, специалистов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, студентов образовательных учреждений.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

УДК 616.89-008.441.44

ББК 56.14

© М.А. Бебчук, А.Я. Басова, П.В. Безменов,
Э.Г. Рытик, Ю.В. Северина, С.Л. Залманова, 2020

© ГБУЗ «НПЦ ПЗДП
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», 2020

ISBN 978-5-91976-150-1

© Оформление — издательство «ДПК Пресс», 2020

Содержание

Нормативные документы	5
Определения	7
Введение	9
Основная часть	12
Суицидальное поведение: виды, этапы формирования.....	12
Мифы о суицидальном поведении.....	14
Особенности подросткового возраста.....	17
Особенности детско-подросткового суицида.....	19
Профилактика суицидального поведения.....	20
Факторы риска	21
Защитные факторы.....	24
Сопряженность подростковых суицидов и депрессии.....	26
Сигналы тревоги.....	30
Стратегии действий	33
Как общаться с родителями (законными представителями) ребенка с суицидальным поведением?	41
Какие сигналы тревоги могут проявляться в поведении других учеников после суицида их товарища?	42
Как реагировать учителю, заметившему признаки самоповреждений у ребенка?.....	42
Как педагогу вести себя с ребенком, оказавшимся в кризисной ситуации?	43
Заключение	45
Адреса и телефоны служб помощи	46
Список литературы	48
Приложение 1	
Клиника кризисной помощи Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ	54

Нормативные документы

В настоящее время профилактика суицидального поведения у детей и подростков регулируется следующими законодательными и нормативными правовыми актами:

- Конвенция ООН о правах ребенка¹;
- Конституция Российской Федерации²;
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ³;
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1⁴;
- Федеральный закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ⁵;

¹ «Конвенция о правах ребенка» (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9959

² «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/

³ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/34333, 10.07.2019, 10:30>.

⁴ Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/

⁵ Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ (последняя редакция) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/

- Федеральный закон Российской Федерации от 24.07.1998 г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ»⁶;
- Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»⁷;
- Уголовный кодекс Российской Федерации⁸;
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях⁹;
- Приказ Минобразования Российской Федерации от 28 февраля 2000 г. № 619 «О концепция профилактики ПАВ в образовательной среде»¹⁰;
- Письмо Министерства образования Российской Федерации «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» от 26.01.2000 г. и от 29.05.2003 г.¹¹;

Определения

Ангедония — снижение или утрата способности радоваться, получать удовольствие от любимых вещей, отсутствие интереса к жизни.

Аутоагрессия — намеренные действия, направленные на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Проявляется в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, отказе от удовлетворения потребностей, получения удовольствия, самообвинении, самоунижении. Крайняя форма аутоагрессии — суицид.

Аффект (от лат. *Affectus* — страсть, душевное волнение) — кратковременная, ярко протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная реакция.

Депрессия (*depressio*; от лат. *deprimo*, *depressum* понижать, подавлять, угнетать) — состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением, снижением психической и двигательной активности, часто сочетающимися с разнообразными соматическими нарушениями (потеря аппетита, похудание, запоры, изменение ритма сердечной деятельности и т.п.)

Профилактика суицидального поведения (син. Суицидологическая превенция) — различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, предотвращение рецидивов суицидального поведения.

Самоповреждающее поведение (несуицидальное самоповреждающее поведение, селф-харм, от англ. *self-harm*) — намеренное повреждение своего тела, не связанное с суицидальной попыткой.

Суицид (от лат. *sui caedere* — убивать себя, самоубийство) — намеренное, целенаправленное и осознанное прекращение собственной жизни. Профильными специалистами (психологами и психиатрами) суицид рассматривается как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

Суицид завершённый — смерть в результате нанесенных самому себе повреждений с намерением умереть.

Суицидальные мысли (син. суицидальная идеация) — это мысли о самоубийстве или излишняя озабоченность самоубийством. Суицидальные мысли могут появляться эпизодически и быстро проходить, а могут стать этапом формирования суицидального поведения. Они бывают пассивными и активными.

Суицидальные мысли пассивные носят недифференцированный характер и не связаны с разработкой суицидального плана. К данной группе могут относиться случаи, когда человек фантазирует о своей смерти, представляет, как с ним происходят несчастные случаи (сбила машина, уснул и не проснулся), размышляет о реакции близких людей на свою смерть.

Суицидальные мысли активные связаны с осознанным намерением убить себя («Я покончу с собой, когда представится удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наиболее подходящего способа самоубийства, места и времени суицидального акта, то есть с планированием предстоящего суицида.

Суицидальное поведение — широкое понятие, которое помимо суицида включает в себя суицидальные попытки и другие суицидальные проявления.

Суицидент — человек, совершивший завершённое или незавершённое самоубийство.

Суицидология — междисциплинарная область научного знания, изучающая теоретические и практические аспекты аутоагрессивного поведения и пути его профилактики на стыке таких научных дисциплин как психология, психиатрия, социология, юриспруденция, философия и другие.

Тревога — эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределённой опасности. В отличие от страха, который является реакцией на конкретную, вполне реальную опасность, тревога часто беспредметна.

Введение

Самоубийство или суицид представляет собой сложное и неоднозначное явление, границы и определения которого нередко нелегко провести. Считается, что впервые слово «суицид» (от лат. *Sui caedere* – убивать себя) было введено в 1641 году английским врачом и философом Томасом Брауном (1605–1682) в книге «Религия врача». В русском языке термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе трехязычном», составленном Федором Поликарповым-Орловым¹².

Существует множество определений самоубийства, опирающихся на различные критерии. К наиболее классическим относят определение основоположника суицидологии Э. Дюркгейма, который рассматривал в качестве суицида «каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершённого самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Покушение на самоубийство – это вполне однородное действие, но только не доведенное до конца»¹³. Другое классическое определение дал М. Farber: «Самоубийство – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни»¹⁴. Авторитетные отечественные суицидологи А. Амбрумова и В. Тихоненко также определяют суицид как «намеренное лишение себя жизни»¹⁵. В докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» от 2001 года самоубийство рассматривается как «результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода»¹⁶. Современные

¹⁶ Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. ВОЗ. , 243 с., URL: <https://www.who.int/publications/list/whr01/ru/>, 1.07.2019, 10:50.

авторы выделяют следующие критерии самоубийства, отличающие его от других видов смерти и аутоагрессивного поведения: добровольность, самостоятельность, осознанность, намеренность, достаточность, непосредственная связь по времени («post hoc») ¹⁷.

По данным ВОЗ ежегодно кончают жизнь самоубийством более 800 000 человек (частота самоубийств составляет 10,5 на 100 000 населения, 15,0 для мужчин и 8,0 для женщин) ¹⁸, однако большинство специалистов считают эту цифру сильно заниженной. Согласно существующим данным на каждого человека, совершившего самоубийство, приходится 20 суицидальных попыток. Суицидальные попытки остаются важнейшим фактором риска совершения самоубийства в дальнейшем ¹⁹. Самоубийства совершаются людьми на протяжении всей жизни, однако, в возрасте от 15 до 29 лет они становятся второй по значимости причиной насильственной смерти, уступая только гибели в автодорожных происшествиях. Мужчины совершают самоубийство достоверно чаще, чем женщины (1,6:1), однако для суицидальных попыток ситуация обратная.

В России, как и во всем мире, с 2001 по 2017 г. происходило заметное снижение частоты суицидов с 39,5 на 100 000 населения в 2001 г. до 13,5 на 100 000 населения в 2017 ²⁰. Противоположная тенденция наблюдалась в отношении подростковых суицидов. По данным ВОЗ, за последние годы, число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в несколько раз: так, в 2016 г., самоубийства у детей в возрасте от 10 до 14 лет составили 9,368 (5,130 для мальчиков и 4,238 для девочек), в возрасте 15–

¹⁷ Трунов Д.Г. Определение суицида: поиски критериев. Суицидология. Том 7, №1, 2016 г., с. 64-67.

¹⁸ World Health Organisation. (2011). Causes of death 2008: Data sources and methods. URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_200_sources_methods.pdf

¹⁹ World health statistics 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=21EF643E8E88FB4A47A31BE76B88A276?sequence=1

²⁰ Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб./Росстат. — P76 М., 2017 — 686 с.

19 лет — 52,750 (25,690 для мальчиков и 27,060 для девочек)²¹. Еще более резко выросли суицидальные проявления.

К сожалению, официальная статистика не учитывает попытки самоубийства, а также суициды, которые формально оцениваются, как несчастный случай (гибель под поездом, передозировка наркотиками и т.п.). Систематический недоучет, то есть вклад т.н. латентных самоубийств, составляет от 15,8% у юношей до 27,6% у девушек²² (по данным 2009 г.), то есть неучтенными остаются приблизительно каждый шестой суицид у юношей и каждый четвертый у девушек.

На подростковый возраст приходится значительная учебная нагрузка, в этот период большое количество времени ребенок проводит в стенах образовательных организаций, на глазах педагогов, воспитателей, школьных психологов. Именно от них во многом зависит психологическая атмосфера в образовательной организации, они являются важнейшим звеном первичной профилактики аутоагрессивного, в том числе суицидального поведения детей и подростков, они могут первыми заметить изменения в поведении ребенка, от их своевременной и правильной реакции во многом зависит дальнейшее развитие событий.

Основная часть

Суицидальное поведение: виды, этапы формирования

Единой теории, объясняющей причины суицидального поведения, не существует. Суицидальные переживания могут появ-

²¹ World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf?ua=1

²² Иванова А.Е., Сабрайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). 2011. <http://www.unicef.ru/upload/iblock/173/1734bb5f3f1815c38882cad4729e0933.pdf> (дата обращения: 12.04.2019): 18.

виться у человека любого возраста, пола, положения в обществе. Принято различать:

Истинное суицидальное поведение — преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни. Ему чаще всего предшествует длительное депрессивное состояние, чувство безнадежности, утрата смыслов, детальная проработка психотравмирующей ситуации. Когда решение принято, тщательно выбирается место, способ (как правило, со 100% летальностью), осуществляются подготовительные действия (раздают вещи, пишут предсмертные записки, мирятся с врагами и т.п.).

Аффективное суицидальное поведение — совершается на пике эмоций, на фоне острого психотравмирующего события, которое может служить «последней каплей». Суицидальные действия при этом реализуются реактивно, по типу «короткого замыкания». Аффективные суицидальные попытки, в отличие от истинных, чаще совершаются в присутствии людей; действий, чтобы обезопасить суицидальную попытку не предпринимается.

Демонстративное суицидальное поведение не связано с желанием умереть. Это способ привлечь к себе внимание близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то причинам говорить нельзя. Демонстративное суицидальное поведение часто используют как специфический способ коммуникации, когда кажется, что других способов получить желаемое нет, а так — тебя слышат и откликаются. К такому поведению часто относятся как к демонстрации или манипуляции, хотя на самом деле это крик о помощи, который по каким-то причинам не может быть выражен более прямым способом. Способы суицида как правило выбираются нелетальные, действия просчитываются, суицидальную попытку совершают либо на глазах близких, либо о ней обязательно сообщают.

Важно: такое поведение никогда не стоит оценивать как

шантаж, манипуляцию, не стоит провоцировать, бросать вызов человеку, угрожающему суицидом.

Скрытое, или непрямое суицидальное поведение (косвенное) — это саморазрушающее или рискованное поведение, без четких суицидальных мотивов. Сюда относятся злоупотребление алкоголем, никотином, наркотиками, занятия экстремальными видами спорта и т.п.). При этом человек понимает, что такое поведение опасно для его жизни, но продолжает вести себя подобным образом.

Этапы формирования суицидального поведения:

По мнению ведущих специалистов^{23 24 25}, суицидальное поведение — это процесс, который чаще всего протекает в несколько этапов:

- антивитаальные переживания;
- пассивные суицидальные мысли;
- активные суицидальные мысли
- суицидальные намерения, разработка плана;
- поиск и подготовка средств для его осуществления;
- суицидальные попытки;
- завершённый суицид.

Под влиянием острых или длительных психотравмирующих ситуаций, у человека возникают антивитаальные переживания («жизнь бессмысленна», «ничего хорошего уже не будет», «я никому не нужен», «не живешь, а существуешь» и т.п.). Затем могут формироваться пассивные суицидальные мысли («хорошо бы, если бы сбила машина», «если бы уснуть и не проснуться»). На следующем этапе начинают формироваться активные суицидальные мысли: человек интересуется способами самоубийства, обдумывает более подходящий для себя, принимает решение о со-

²³ Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методич. рекоменд. — М., 1980. — 48 с.

²⁴ Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. М., Академический проект, 2001 г., — 40 с.

²⁵ Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск, — 2008. — 206 с.

вершении суицида. Далее происходит более детальная разработка плана — выбирается место, время, конкретный способ, могут предприниматься действия, чтобы попытке никто не помешал. Далее может следовать непосредственная суицидальная попытка, которая в случае «неудачи» может быть неоднократной.

По времени весь суицидальный процесс может составлять от нескольких месяцев до нескольких минут. Непосредственному акту самоубийства предшествует период, называемый специалистами «пресуицид», и включающий две фазы.

Первая не сопровождается суицидальным поведением. Подросток активно ищет «точки опоры», стремится найти выход из мучительной ситуации, ищет поддержки окружающих. Постепенно, исчерпывая различные варианты, он убеждается в безвыходности и неразрешимости своей проблемы. Остро ощущается невыносимость существования, одиночество, безысходность. На этом этапе работа с психологом дают наиболее высокие результаты.

Вторая фаза включает в себя собственно весь суицидальный процесс от мыслей до попытки самоубийства. По мнению специалистов, на этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению суицида, как правило, малоэффективны. Требуется вмешательство врача-психиатра и подключение медикаментозной терапии.

Мифы о суицидальном поведении

Мифы — это широко распространенные в обществе ошибочные утверждения, не подтвержденные научно, основанные на верованиях, слухах, стереотипах, и некритическом восприятии мнений. Мифы никак не помогают, а мешают окружающим правильно воспринимать состояние человека с суицидальным поведением и затрудняют получение человеком поддержки и помощи.

Миф 1 — спрашивать человека о том, есть ли у него суицидальные мысли, нельзя, это может привести его к мысли о суициде.

Факт — реальность показывает, что говорить и спрашивать

человека о суицидальных мыслях нужно, такая беседа не порождает и не увеличивает риск суицида, напротив, она снижает его. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства о человеке чаще всего является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предотвращении самоубийства.

Рекомендация — спрашивать и слушать без осуждения, спокойно. Не стоит спорить и стараться снизить влияние суицидальных идей на человека.

Миф 2 — Человек, который хочет покончить с жизнью, не говорит об этом.

Факт — большое количество людей с суицидальными намерениями прямо выражают свое желание покончить с жизнью, а другие позволяют увидеть и услышать их намерения с помощью сигналов.

Рекомендация — очень важно различать сигналы тревоги. Любая суицидальная угроза должна быть, прежде всего, воспринята серьезно.

Миф 3 — Человек, который выражает желание покончить с жизнью, никогда этого не сделает.

Факт — большая часть людей, которые пытались покончить с жизнью, прежде этого выражали свое желание словами, угрозами, невербальными сигналами или изменениями в поведении.

Рекомендация — такие высказывания НИКОГДА не должны рассматриваться как демонстрация, шантаж или манипуляция. Нельзя провоцировать человека на совершение суицида, бросать ему вызов.

Миф 4 — только люди с серьезными проблемами кончают жизнь самоубийством, а дети и подростки не убивают себя, только угрожают.

Факт — вариантов и причин суицида очень много. Многие проблемы, которые кажутся взрослым чем-то обыденным, в глазах ребенка или подростка могут выглядеть катастрофическими, провоцировать болезненные переживания, что вместе со склонностью к импульсивным поступкам, может привести к суициду.

Рекомендация — попытки оценить серьезность и глубину переживания с нашей собственной точки зрения могут привести к тому, что мы недооценим боль, которую эта проблема может причинять другому человеку.

Миф 5 — самоубийца определенно желает умереть и будет неоднократно предпринимать попытки, пока не совершит самоубийство. Оказывать помощь таким людям бесполезно.

Факт — переживания большинства людей с суицидальным поведением амбивалентны. Немногие полностью уверены в однозначном решении покончить с жизнью, большинство людей остаются открытыми для помощи. Большая часть людей, в то или иное время своей жизни имевших суицидальные намерения, находят способ продолжать жить дальше.

Рекомендация — важно помнить, что основное переживание людей с суицидальными намерениями, искажающее их представление о реальности — отчаяние, убежденность в том, что это страдание никогда не закончится.

Миф 6 — люди с суицидальным поведением психически больны, и им ничем нельзя помочь.

Факт — реальность показывает, что хотя наличие психического заболевания является фактором суицидального риска, очень большая часть совершающих суицид не страдают никаким психическим заболеванием. Для них это всего лишь временная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

Рекомендация — большинство кризисных состояний являются преходящими, их интенсивность снижается по мере получения соответствующей помощи.

Особенности подросткового возраста

Подростковый возраст считается одним из кризисных периодов онтогенеза. Кризисный период мы понимаем, как смену социальной ситуации развития, ведущую за собой необходимость личностных новообразований и возможность выбора новых жизненных

стратегий. Кризис подросткового возраста выражается в переходе из детства во взрослость и сопровождается значительными изменениями на биологическом, социальном и психологическом уровнях.

Одним из факторов, определяющих особенности подросткового периода, является пубертатный криз с бурным гормональным созреванием, физиологическим и психическим дисбалансом и связанной с ним эмоциональной нестабильностью, что может проявляться в сменах настроения: приступах плаксивости, периодов хандры, тоски, тревоги, которых затем могут сменяться эйфорией, приподнятым настроением, повышением двигательной активности.

На психологическом уровне основные изменения подросткового возраста — это формирование самосознания, внутреннего ощущения себя индивидуальностью, формирование чувства взрослости, то есть возникновение представления о себе как «не о ребенке» (подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым, он отвергает свою принадлежность к детям, у него еще нет ощущения подлинной, полноценной взрослости, зато есть огромная потребность в признании его взрослости окружающими), кардинальная смена интересов.

Л.С.Выготский²⁶ перечислил несколько основных групп наиболее ярких интересов подростков, которые он назвал доминантами. Это «эгоцентрическая доминанта» (интерес подростка к собственной личности); «доминанта дали» (установка подростка на обширные, большие масштабы, которые для него гораздо более субъективно приемлемы, чем ближние, текущие, сегодняшние); «доминанта усилия» (тяга подростка к сопротивлению, преодолению, к волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспитательского авторитета, протесте и других негативных проявлениях); «доминанта романтики» (стремление подростка к неизвестному, рискованному, к приключениям, к героизму).

По Р.Хевигхерсту²⁷, основными задачами подросткового возраста являются: формирование системы ценностей и жизненной

²⁶ Выготский Л.С. Собрание соч. Том 4. М.: Педагогика, 1986. — 432 с.

²⁷ Havighurst R.J. Developmental Tasks and education. N.Y., 1967.

философии, построение новых отношений в семье на основе эмоциональной независимости и автономии при сохранении материальной и психологической поддержки, построение нового телесного образа «Я», формирование полоролевой идентичности в связи с половым созреванием и физическими изменениями, самоопределение в области образования и профессии, развитие навыков межличностного общения, вхождения в группу сверстников, развитие абстрактного мышления, подготовка к семейной жизни.

Даже незначительные трудности могут восприниматься подростком как непреодолимые, приносящие невыносимую боль. А такие проблемы как неблагополучная атмосфера в семье, разрыв отношений с «первой любовью», неудовлетворительная успеваемость в школе, школьный буллинг и проблемы в общении со сверстниками вызывают у них сильнейшую негативную эмоциональную реакцию, формируя депрессию и нередко подталкивая к акту отчаяния — попыткам самоубийства.

Для современных подростков характерна дисгармония психической деятельности, чаще всего сопровождающаяся ранним интеллектуальным развитием, высоким давлением со стороны социума и запоздлым наступлением психологической зрелости, неуверенностью в себе.

Высокая распространенность зависимости от психоактивных веществ, алкоголя, наркотиков в подростковой среде также создают неблагоприятную почву, и обуславливают своеобразие проявлений депрессивных симптомов.

Таким образом, к особенностям возраста, формирующим уязвимость подростка, относятся:

- Недифференцированность отношений привязанности.
- Несформированность навыка вербального обсуждения проблем.
- Недостаточность мотивации и навыков разрешения проблем в сфере межличностных отношений.
- Импульсивность, эмоциональная лабильность.
- Низкая стрессоустойчивость в ситуациях социальной неопределённости. Протест против общепринятых норм поведения. Максимализм.

- Склонность к подражанию, отождествлению, имитации. Реакции группирования со сверстниками.

Особенности детско-подросткового суицида

Психофизиологические особенности детского и подросткового возраста обуславливают особенности суицидального поведения в этот период. Общая незрелость эмоционально-личностной сферы, несформированность жизненных целей, временной перспективы, самосознания, представлений о смерти как о конечном событии, отсутствие понимания необратимости своих действий и другие нормативные особенности, делают подростков более уязвимыми к суицидальным проявлениям.

Суицидальное поведение подростков может иметь различный психологический смысл и выступать как:

- способ избежать трудностей, справиться с безвыходной с точки зрения ребенка ситуацией, являться «актом отчаяния»;
- «акт мести кому-то, кто потом обо всем пожалеет»;
- способ получить внимание и помощь близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то причинам нельзя говорить, то есть быть специфическим способом коммуникации;
- акт протеста против чего-то или кого-то.

Переживания подростка могут недооцениваться с высоты опыта взрослых, расцениваться как несерьезные, «детские». Для ребенка же значимость этих переживаний может быть очень высока, они зачастую приравниваются к «концу света».

Подростки часто неспособны адекватно оценить последствия самоповреждающего поведения, из-за этого несуйцидальное самоповреждение у подростков часто приводит к смерти и выглядит как суицид. Любой аутоагрессивный поступок в этом возрасте может стать опасным для жизни и здоровья из-за недоучета его потенциальной летальности.

Суицидальное поведение у подростков часто сочетается с некоторыми видами отклоняющегося поведения — прогулами

занятий, употреблением алкоголя или наркотиков, побегами из дома, правонарушениями;

Подросткам часто свойственны повышенная восприимчивость, внушаемость, импульсивность в принятии решений, что часто приводит к некритичному копированию поведения, модного в субкультурах, в интернете, среди кумиров. Тема смерти, суицида часто романтизируется и идеализируется в подростковой культуре.

Наиболее частый механизм суицидального поведения в подростковом возрасте — аффективный.

Профилактика суицидального поведения

Как уже было сказано выше, пик суицидальной активности приходится на подростков в возрасте 15–19 лет. В связи с резким увеличением в последние годы количества суицидальных попыток среди молодежи, профилактика суицидального поведения на уровне семьи и школы становится все более актуальной.

Всемирная организация здравоохранения выделяет первичный, вторичный и третичный уровни профилактики, позволяющие снизить количество суицидов среди подростков и молодежи.

Первичная профилактика представляет собой комплекс мер, направленных на образование в области психического здоровья, разработку методических пособий, повышение уровня осведомленности школьных психологов, педагогов и родителей, выявление потенциальных групп риска среди подростков. Цель первичной профилактики — свести к минимуму риск возникновения суицидальных намерений.

Вторичная профилактика направлена на помощь лицам, переживающим кризисную ситуацию и всерьез размышляющим о самоубийстве. Основная цель вторичной профилактики — помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать его психологическое состояние. Вторичная профилактика осуществляется узкими специалистами с соответствующей квалификацией — психиатрами, психологами. В этот период для предотвра-

щения тяжелых, потенциально летальных последствий, может потребоваться стационарное лечение. На этом этапе активно применяются различные методы фармако- и психотерапии.

Третичная профилактика применяется к людям, выжившим после суицидальной попытки и их окружению, а также к родственникам суицидентов, погибшим в результате завершенного суицида. Третичная профилактика направлена на психологическую поддержку и реабилитацию, а также на предотвращение повторных суицидальных попыток или подражательных суицидов.

Факторы риска

Суицидальные мысли представляют собой нередкие переживания, встречающиеся у большинства подростков. К счастью, подавляющее большинство из них никогда не переходят к суицидальному поведению. Какие же факторы повышают степень суицидального риска? На что необходимо направить усилия специалистов, чтобы помочь подростку и предотвратить самоубийство?

Следует понимать, что чем больше факторов риска присутствует в ситуации одного человека, тем больше вероятность появления у него суицидального поведения. С другой стороны, отсутствие факторов риска не означает, что подросток не сможет покончить с жизнью.

Личностные факторы риска:

- Наличие суицидальных попыток в личной истории в прошлом. Чем больше было попыток, тем выше риск. Чем серьезнее были попытки, тем выше риск. Чем менее открыто и демонстративно было суицидальное поведение в прошлом, тем выше риск;
- Импульсивность, эмоциональная нестабильность, неумение преодолевать проблемы и трудности, отсутствие гибкости мышления;
- Восприятие суицида как единственного способа избавления от физических и душевных страданий, безнадежность;

- Коммуникативные трудности или низкий уровень развития коммуникативных навыков, отсутствие или ограниченное количество социальных контактов, обеспечивающих поддержку;
- Психическое заболевание, например, депрессия, биполярное расстройство, шизофрения, пограничное расстройство личности др.
- Злоупотребление психоактивными веществами (алкоголь и наркотики);
- Асоциальное поведение;
- Несуицидальные самоповреждения, чаще всего порезы, ожоги, царапины;
- Повышенные требования к себе, перфекционизм;
- Пониженная самооценка, чувство своей несостоятельности, неспособности оправдать чьи-то ожидания, которые могут скрываться за маской надменности, отвержения норм и правил, провоцирующего поведения;
- Перенапряжение, усталость, астенизация;
- Чувство беспомощности и отчаяния перед жизнью и будущим, безнадежность;
- Высокий уровень импульсивности, низкая толерантность к фрустрации;
- Трудности идентичности, связанные с сексуальной ориентацией и/или половой принадлежностью;
- Опыт переживания физического, в том числе сексуального, насилия в прошлом;
- Опыт переживания жестокого обращения и психологического насилия в прошлом.

Семейные факторы риска:

- Психические заболевания в семье;
- Завершенные самоубийства или суицидальные попытки в семье;
- Алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей;
- Конфликтная обстановка в семье;
- Социальное неблагополучие в семье, низкий образователь-

ный уровень и, как следствие, недостаточная интеграция ребенка в социум;

- Жестокое обращение и насилие в семье;
 - Ригидность семьи, жесткое следование установленным нормам;
 - Семья с высоким уровнем требований и перфекционизмом, высокий запрос родителей по отношению к учебе и поведению;
 - Недостаток внимания, заботы и поддержки в семье, недооценка эмоционального благополучия ребенка;
 - Семейная установка на сокрытие неблагоприятных факторов («не выносить сор из избы»), в том числе психического неблагополучия.
- **Социальные факторы риска:**
 - Потеря или отсутствие социальной сети поддержки, социальное одиночество, отгороженность;
 - Потеря близких людей;
 - Проблемы с друзьями или в романтических отношениях;
 - Отвержение или травля со стороны сверстников;
 - Утрата близких людей;
 - Наличие в истории жизни травматических ситуаций. На фоне новых сильных стрессов может произойти ретравматизация, реактивация чувства отчаяния, покинутости и беспомощности;
 - Утрата социального статуса (неудачная сдача экзаменов, невозможность поступить в желаемую школу/ВУЗ и т.п.)

Факторы риска специфичные для школьной среды:

- Преследование, травля (буллинг, кибербуллинг);
- Чувство отвергнутости, стигматизация в связи с отличиями (физическими, по половой идентичности, по национальному признаку);
- Высокие учебные требования;
- Стигматизация ученика после суицидальной попытки. Непонимание, тревога, отвержение у педагогов на фоне суи-

цидального поведения подростка. Замалчивание ситуации педагогами и школьниками, вызванное страхом снова спровоцировать суицидальное поведение.

Защитные факторы

Наличие факторов риска уравнивается так называемыми защитными факторами. Чем больше защитных факторов присутствует в ситуации человека, тем ниже риск суицидального поведения. С другой стороны, наличие защитных факторов не означает, что человек не сможет покончить с жизнью.

Среди защитных факторов выделяют:

Личностные факторы

- Хороший уровень развития социальных и коммуникативных навыков;
- Высокий уровень жизнестойкости и совладания со стрессом;
- Экстравертированность (в понимании поиска внешних советов и помощи при возникновении трудностей);
- Восприимчивость к опыту других людей с похожими проблемами, использование наработанных стратегий их решения;
- Стабильный высокий уровень самооценки, доверие к самому себе;
- Позитивные ценностные ориентации, такие как уважение, солидарность, сотрудничество, справедливость и дружба;
- Ощущение поддержки и любви со стороны окружающих.

Семейные защитные факторы:

Семейная поддержка, характеризующаяся высокой сплоченностью и гибкостью семьи.

Социальные защитные факторы:

- Развитая сеть социальной поддержки;
- Хорошие отношения с учителями, сверстниками и значимыми людьми;

- Хорошая коммуникация с родными, учителями, сверстниками или особенным значимым человеком;
- Доверие, которое позволяет обсуждать сложные темы хотя бы с одним человеком (родственник, учитель, воспитатель, друг);
- Чувство, что тебя слышит, с уважением и чуткостью, без осуждения, как минимум один значимый человек;
- Друзья (один из самых эффективных защитных факторов в профилактике суицидального поведения).

Защитные факторы, специфичные для образовательной среды

- Доступность экстренной и кризисной поддержки, помощи;
- Информирование учащихся о том, как найти помощь среди взрослых, к кому и как обращаться, если это необходимо;
- Наличие протокола действий участников образовательного процесса для случаев суицидального поведения, который должен включать в себя стратегии профилактики, работы с текущим суицидальным поведением и работы с последствиями суицидального поведения;
- Профилактические психологические и педагогические программы, способствующие формированию нулевой толерантности к травле;
- Обучающие курсы для развития коммуникации между преподавателями и подростками в ситуациях с возможным суицидальным риском;
- Информирование учеников о серьезности проблемы травли и личной и юридической ответственности за такое поведение;
- Разрешение проявлений горевания в случае, если в образовательной организации произошла смерть от суицида, отсутствие попыток скрыть произошедшее, помощь и психологическая поддержка участников;
- Создание сети школьной поддержки, выделение специалиста, специально обученного по теме работы с суицидальным поведением, «поддерживающей фигуры», к которому может обратиться каждый в любой момент, если выявляется возможный суицидальный риск;

- Обучение воспитателей и персонала школы;
- Сотрудничество образовательной организации с психолого-педагогической службой города, организация профилактических мероприятий;
- Наличие информации для педагогов и учащихся, основанной на научных данных (методички, брошюры, литература, веб-ресурсы).

Сопряженность подростковых суицидов и депрессии

Депрессия является психическим расстройством, которое характеризуется сниженным фоном настроения, неспособностью получать удовольствие от жизни, а также замедлением психических процессов. Депрессия может возникнуть как в результате тяжелого психического заболевания, так и на фоне психической травмы, острого и хронического стресса. Эмоциональная нестабильность подросткового возраста облегчает развитие аффективной патологии, делает подростков особенно уязвимыми к формированию депрессивного синдрома.

Особенности депрессий у подростков определяется сочетанием целого комплекса факторов — наследственного, конституционально-характерологического, психофизиологического, психогенного, возрастного и др.

Проявления депрессии у детей и подростков нередко отличаются от, так называемой, классической депрессии, поэтому остаются нераспознанными как специалистами области психического здоровья, так и ближайшим окружением подростка.

Для депрессий подросткового возраста характерны следующие особенности:

- Нестабильность настроения с многократной его сменой в течение нескольких недель, дней, а иногда даже часов;
- Частая представленность, а иногда и сосуществование таких неоднородных проявлений, как апатия, безразличие, грубость, раздражительность, выраженная тревога, расстрой-

- ства пищевого поведения;
- Частая представленность выраженных диссоциативных (исторических) проявлений;
- Маскированность депрессии ее различными эквивалентами (астения, нарушения поведения, злоупотребление ПАВ, интеллектуальная несостоятельность, что часто проявляется школьной дезадаптацией, конфликтами с семьей и привычным окружением);
- Переживания несовершенства и несостоятельности собственной личности, несоответствия внешности современным стандартам красоты;
- Переживание проблем со своей половой идентичностью, сексуальностью;
- Формирование особого депрессивного философского мировоззрения, включающего переживания бессмысленности жизни;
- Аутодеструктивные тенденции вплоть до попыток самоубийства;
- Сочетание (особенно у девочек) с выраженными вегетативными расстройствами (потливостью, тахикардией, головокружениями, повышением или понижением артериального давления, аменореей, нарушением ритма сна и бодрствования).

Наличие депрессии значительно повышает суицидальную готовность подростков. По данным Британского эпидемиологического исследования, 41% детей в возрасте 11–15 лет, страдающих депрессивными расстройствами, предпринимали попытку самоубийства или пытались нанести себе повреждения²⁸. По данным Ю.Б. Хмелевой и Ю.В. Дроздовского, у 15 % детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку, были выявлены депрессивные реакции и состояния²⁹. В некоторых работах отечественных психиатров этот показатель достигает

²⁸ Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // *Psychiatric Bulletin*. — 2005. — V. 29. — p. 164-167.

²⁹ Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституционально-психологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2002; 4: 20-22.

25% для юношей и 14 % для подростков женского пола³⁰.

Депрессивные расстройства у подростков часто «маскируются» другими нарушениями (психопатическими, псевдоорганическими и другими), могут длительно оставаться нераспознанными и приводить к неожиданным для окружающих аутоагрессивным поступкам, тяжёлым формам школьной дезадаптации.

Так называемые, психопатоподобные «маски» или эквиваленты депрессий у подростков проявляются различными формами расстройств поведения: психической неустойчивостью со склонностью к агрессивным поступкам, прогулами, потерей интереса к учебе, увлечениям, трудностями концентрации внимания непереносимостью одиночества, асоциальному поведению со злоупотреблением ПАВ, промискуитетом, бродяжничеством.

Особенности маскированных депрессий с нарушениями поведения у подростков:

1. отсутствие активно высказываемых жалоб на плохое настроение;
2. незначительная представленность депрессивных идей малоценности;
3. угрюмость, раздражительность, злобность
4. негативизм, реакции протеста преимущественно в рамках семьи;
5. расторможенность влечений;
6. сочетание агрессивного отношения к близким с явлениями аутоагрессии;
7. проходящий, нестойкий характер проявлений;

Специалисты выделяют и другие проявления маскированной депрессии:

1. панические атаки, различные страхи, в том числе и не-

³⁰ Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 1: 33–38.

- обоснованные страхи за свое здоровье, навязчивые действия или мысли и т. д.;
2. нарушения сна: бессонница или гиперсомния (сон свыше 8–10 часов, который не приносит пациенту бодрости), ночные кошмары;
 3. психосоматические симптомы: синдром вегетососудистой дистонии, слабость, головокружение, кардионевроз, расстройства желудочно-кишечного тракта, «нервная» сыпь (без явного влияния аллергенов);
 4. нарушения пищевого поведения: анорексия (отказ от еды, отвращение к еде), булимия (бесконтрольное переедание, может сопровождаться рвотой); возможна избирательность в еде, злоупотребление сладким;
 5. «болевая» маска: головные боли, сердечные, боль в лице, шее, спине, руках, не характерная для того или иного заболевания и не купирующаяся обычными лекарственными препаратами;

Даже самые внимательные родители часто не замечают симптомов депрессии у своих детей, трактуя их как проявление упрямства, лени, избалованности, плохого характера. Однако и сами подростки сообщают взрослым о своих проблемах в последнюю очередь.

Первые признаки подростковой депрессии:

- повышенная утомляемость, жалобы на постоянную усталость;
- вялость, апатия;
- рассеянность;
- пропуск занятий, потеря интереса к учебе, снижение успеваемости; в некоторых случаях успеваемость может оставаться хорошей, в результате чего у окружающих не возникает повода для беспокойства;
- нарушение сна, бессонница, что порой объясняется сбитым «из-за компьютера или смартфона» режимом сна и бодрствования;
- нарушение аппетита, пищевого поведения (изменение пищевых привычек, отказ от еды, чрезмерное употребление сладкого и пр.);

- любые внезапные изменения поведения, образа жизни, интересов, круга общения, мировоззрения, внешнего вида (подросток перекрашивает волосы, делает пирсинг);
- употребление алкоголя, ПАВ, наркотиков;
- негативизм, оппозиция, которые не были свойственны подростку ранее;
- чрезмерное увлечение компьютерными играми.

В ряде случаев депрессия в подростковом возрасте сопровождается нанесением несуицидальных самоповреждений. К наиболее распространенным самоповреждениям относятся самопорезы, ожоги, удары о стену, углы, острые предметы, прикусывание щек и губ, выдирание волос и т.п. По словам самих подростков, таким образом, они пытаются «сбросить напряжение», восстановить самоконтроль. В ряде случаев наличие шрамов от самоповреждений свидетельствует о принадлежности к маргинальным подростковым группам. Не смотря на несуицидальный характер самих повреждений, постоянное нанесение их ведет к снижению противосуицидального барьера, позволяет повысить толерантность к боли и снизить страх смерти, что облегчает в дальнейшем суицидальное поведение.

Сигналы тревоги

На фоне суицидальных мыслей, депрессии, душевной боли поведение людей меняется, особенно если они уже приняли роковое решение. Во время распознанные «тревожные сигналы» могут помочь предотвратить суицидальную попытку.

Вербальные сигналы тревоги:

- Фразы, в которых проскальзывает нежелание жить: «скоро все закончится», «я больше не буду никому обузой», «пора выпиливаться из реальности», «надоело жить, лучше уйти», «тебе больше не придется обо мне волноваться».
- Комментарии или высказывания негативного характера о себе или своей жизни: «я ничтожество», «эта жизнь отвра-

тительна», «моя жизнь не имеет смысла», «вам было бы лучше без меня».

- Комментарии или высказывания негативного характера о своем будущем: «у меня нет будущего», «ситуация никогда не станет лучше», «у моих проблем нет решения».
- Неожиданные вербальные или письменные прощания: «хочу, чтобы ты знал, что все это время ты мне очень сильно помогал».

Невербальные сигналы тревоги:

- Резкая смена поведения. Чаще всего это проявляется в двух аспектах:
 - значительное повышение раздражительности, несдержанности, агрессивности, неуважение к границам, бессонница или проблемы со сном;
 - внезапное затишье, период спокойствия после периода сильного возбуждения. Это кажущееся спокойствие часто бывает связано с уже принятым решением о прекращении жизни.
- Потеря интереса к школьным занятиям, которые раньше нравились, отказ от включения в какие-либо виды деятельности и группы.
- Пассивное поведение в классе, апатия, грусть.
- Отчуждение, что можно заметить на переменах — замкнутость, отделенность от других.
- Несвойственное раннее употребление алкоголя и наркотиков как способа преодолеть страх смерти и совершить суицид.
- Снижение успеваемости, снижение мотивации, необоснованные пропуски занятий, неадекватное поведение на уроке, которое несвойственно этому ребенку.
- Раздаривание любимых и ценных личных вещей.
- Неожиданные прощания (например, «я всегда тебя любил») с помощью любого средства связи (мессенджеры, смс, социальные сети или лично, например, неожиданные сильные объятия).
- Закрытие аккаунтов в социальных сетях.
- Доделывание «висящих» дел, решение вопросов, которые тянутся годами.

Выявление этих сигналов тревоги прямо связано с повышенной вероятностью совершения суицидальных действий, но, с другой стороны, отсутствие таких сигналов не означает, что человек не сможет покончить с жизнью.

Стратегии действий

Что делать в ситуации высокого суицидального риска?

Иногда быстрые и решительные действия могут спасти жизнь ученика.

Важно не забывать о роли родителей или законных представителей, которые по закону должны дать свое согласие на любое действие в отношении подростка. Это касается любой из нижеперечисленных стратегий.

Стратегия 1 — иметь в доступе телефоны экстренной служ-

бы помощи или других служб

Немедленно связаться с семьей. Важно, чтобы мы имели поддержку семьи и специалистов, работающих с профилактикой суицида (психиатров, психологов), друзей. Внутри образовательной организации полезно создать систему связи с сотрудниками, имеющими специальное образование по работе с суицидальным поведением.

В случае актуального суицидального поведения нужно принимать срочные меры:

- Прежде всего, важно не оставлять ребенка одного, попытаться успокоить его, снизить его тревогу.
- Немедленно информировать его родителей или законных представителей о ситуации риска, в которой оказался подросток и о необходимости оказать ему экстренную помощь.
- Позвонить в службы экстренной помощи через 112. Работа экстренных служб необходима в ситуации высокого суицидального риска, попытки или завершеного суицида.

Если суицидальное поведение связано с травлей или буллингом, также необходимо сообщить в полицию, объяснить ученикам, что доведение до самоубийства — это наказуемое преступление, в связи с чем дело будет расследовать следственный комитет.

Стратегия 2 — ограничить доступ к средствам самоповреждения и способам суицида

- Убрать из зоны досягаемости все предметы, которые возможно использовать прямо с целью суицида.
- Ограничить возможность открыть окно или выйти на крышу: падение с высоты — второй по популярности способ суицида в городской среде.
- Ограничить возможности перемещения ребенка.

Стратегия 3 — не оставлять ребенка одного с проблемой — включать в ситуацию учителей, друзей и других сверстников

Чувство одиночества и отвержения — один из факторов риска суицидального поведения.

Даже если подростка выписали из больницы, куда он попал в связи с суицидальными проявлениями, опасность может сохраняться и после выписки. Необходимо продолжать работу с профессионалами, медиками и значимыми людьми из окружения ребенка. Большое количество суицидов происходит на этапе кажущегося *улучшения*, когда у человека появляются энергия и воля для того, чтобы довести суицидальные идеи до конца. Однако, человек, который когда-либо совершал суицидальную попытку, может не находиться в постоянном риске. Суицидальные мысли могут появляться снова, но они не постоянны, и во многих случаях не возобновляются после лечения.

Стратегия 4 — развивать коммуникативные навыки: спрашивать и слушать

Выслушав подростка, его мысли и переживания, связанные с суицидальным поведением, мы поможем снизить уровень напряжения, дадим ему понять, что мы беспокоимся о нем и хотим ему помочь.

Что делать, чтобы улучшить коммуникацию?

- Спокойно, открыто и прямо говорить о происходящем, называть происходящее своими словами (желание лишиться жизни, намерение уйти из жизни, попытка убить себя).
- Слушая подростка, проявить уважение, сопереживание и понимание. Использовать технику активного слушания.
- Установление доверительного контакта — важнейшая задача.
- Уважительно относиться к молчанию, ребенку без сомнения не просто говорить о том, что он чувствует и думает.
- Показать ребенку, что он нам важен, мы беспокоимся о нем.
- Дать ему понять, что все в жизни, кроме смерти, меняется.
- Сосредоточиться на том, чтобы показать ребенку все его достоинства и сильные стороны, заставить увидеть себя ценной и уникальной личностью.

Чего НЕ делать?

- Не осуждать ребенка ни вербально, ни невербально;
- Не упрекать ребенка в способе мыслей или поведения (например, «как ты можешь говорить такое?»);
- Не критиковать, не спорить, не насмехаться над ним, не провоцировать, не бросать вызов. Относиться к угрозам серьезно. (Нельзя: «Да ладно, не говори глупостей!»)
- Не преуменьшать, не обесценивать проблемную ситуацию, которую он проживает. (Нельзя: «Да ладно тебе, это нормально, все пройдет!»)
- Не впадать в панику, не показывать страх. Если мы не знаем как действовать, мы точно можем, по крайней мере, спокойно выслушать и как можно скорее найти специализированную помощь и поддержку.
- Стараться не использовать аргументы вроде «ты сделаешь очень больно своему брату, родителям», если мы не знаем точно, каковы сейчас отношения с этим людьми, поскольку, бывает так, что именно этого подросток хочет добиться. Нужно подчеркивать в позитивном ключе важность его для нас и других людей, особенно если мы владеем информацией о том, кто именно ему дорог.

Что делать преподавателю, если ученик просит его о конфиденциальности?

- Постараться убедить ребенка в том, что сам учитель не имеет достаточно ресурсов, чтобы помочь ему, что он не психолог, но что, например, в Клинике кризисной помощи ему могут помочь.
- Убедить ребенка поговорить с родителями, попросить обратиться к специалистам, которые смогут помочь ему.
- Не скрывать информацию от родителей.

Что нужно транслировать ученикам? Что им нужно делать, если они заметили суицидальные намерения кого-то

из сверстников?

- Очень вероятно, что именно сверстники заметят резкие изменения в поведении своего товарища, или что подросток, в какой-то момент сам сообщит им о своем нежелании жить.
- Важно информировать детей о некоторых факторах риска суицидального поведения и сигналах тревоги (например, что их товарищ выражает нежелание жить, рассказывает в подробностях, как совершит самоубийство, признает, что страдает и т.д.)
- В таком случае детям необходимо немедленно связаться с воспитателем, учителем или психологом и рассказать о том, что происходит.
- Очень важно донести до подростков, что быстрое вмешательство, в том числе и с их стороны, может спасти жизнь их друга.

Спрашивать о наличии суицидальных идей не значит повышать риск совершения суицида или провоцировать его. Такие вопросы могут быть единственной возможностью, возможно, последней, чтобы начать действия по предотвращению самоубийства.

Стратегия 5 – забота о себе (реабилитация) персонала образовательной организации

Эту стратегию следует использовать во время любого процесса помощи человеку с суицидальным риском.

Рекомендуется, чтобы воспитатели и другие сотрудники образовательной организации, которые оказались включены в активное взаимодействие с человеком с суицидальным риском, обратились за специализированной помощью, а не брали на себя роль и ответственность профессионалов.

Стратегия 6 – что делать после публичной суицидальной попытки ученика, или попытки, ставшей известной широкой публике?

Как вести себя учителю в классе, в котором один из детей совершил суицидальную попытку, ставшую всем известной? Как разговаривать с близкими ребенка, совершившего суицидальную попытку, и с родителями его одноклассников?

При такой ситуации, наши действия будут направлены на то, чтобы:

- Не замалчивать произошедшее. Однако, нужно иметь ввиду, что до тех пор, пока подросток, совершивший суицидальную попытку, не сообщил об этом своим товарищам, эта информация является конфиденциальной, событием его частной жизни, и нужно попросить о понимании этого как его родителей, так и сотрудников школы.
- Говорить об этом с позиции уважения к подростку, совершившему попытку.
- Избегать оценок и осуждения, и особенно сплетен.
- Говорить о суицидальном поведении прямо.
- Создать эмоциональные сети поддержки. Транслировать детям информацию, что такая поддержка может спасти жизни.
- Дать понять ученикам и другим участникам образовательного процесса, что образовательная организация не позволит насмехаться, стыдить или поздравлять человека, который пытался покончить с жизнью.
- Если попытку суицида совершил учитель, все вышеперечисленные пункты остаются в силе. Коллеги учителя, также, как и его ученики, должны относиться к нему с уважением.
- Также рекомендуется общаться с суицидентом с позиции уважительного выслушивания, уважать его молчание, позволять ему рассказать, все, что он считает нужным, не перебивать.
- Следует обязательно обсудить с родителями состояние ребенка. Настроить и поддержать их в принятии решения о необходимости оказания ребенку медицинской, в том числе психиатрической, и психологической помощи.
- Важно попытаться избежать обвинений и оценочных суждений в адрес родителей, Людям, ребенок которых попытался покончить с собой, необходимы помощь и поддержка, а не обвинения.
- Обязательно предложить родителям ребенка, совершившего суицидальную попытку, самим обратиться за помощью.

Городские психологические службы могут выйти в образовательную организацию, где произошла попытка суицида с инфор-

мированием и профилактикой буллинга и кибербуллинга.

Стратегия 7 – в ситуации завершения суицида ученика, как помочь в горевании?

Одна из самых сложных ситуаций, с которыми сталкивается педагогический коллектив — это как справиться вместе с учениками и их родителями с тем, что их сверстник и ученик школы совершил самоубийство.

Замалчивать произошедшее — это большая ошибка. В любом случае, помочь ученикам выразить свои эмоции — это первый шаг для конструктивного совладания с горем.

Замалчивание может привести к тому, что:

- Дети будут обсуждать это между собой, за спиной у взрослых. Часто замалчивание провоцирует повышение уровня тревоги среди учеников, отсутствие возможности открыто спросить учителя о произошедшем, невозможность выражения своих чувств, страхов, сомнений и т.д.
- Будут дети, которые переживают острое чувство вины, например, в связи со спором или конфликтом с суицидентом в прошлом. Вина — очень частое и очень деструктивное в ситуации совладания с горем, особенно связанным с суицидом, чувство. Незнание и отсутствие адекватной направляющей помощи провоцируют неопределенность, запутанность, ошибки рефлексии и делают боль сильнее, деструктивно влияя на процесс проживания горя.
- Молчание мешает выявлению факторов риска у других детей, которые сильно травмированы случившимся и также могут иметь суицидальные идеи.

Работа учителя:

- Постараться снизить чувство вины — это самое важное.
- Быть искренним. Сообщать детям правду о произошедшем, что помогает снизить заражаемость идеями.
- Не сообщать скабрезных деталей, например, подробностей о способе самоубийства.

- Выделить время на размышления о произошедшем. В течение первой недели очень важно продолжать обсуждать суицид сверстника.
- Помогать в выражении чувств, страхов, сомнений и переживаний с помощью различных видов деятельности в соответствии с их уровнем когнитивного развития, например через рисунки, сочинения или коллажи о произошедшем.
- Транслировать возможность обсуждать произошедшее наедине.
- Разрешать действия горевания, в том числе спонтанные (например, оставлять цветы или письма).
- Помогать в переживании горя и облегчении боли, с помощью выражения и демонстрации своих чувств.
- Обратит их внимание на то, что, если у кого-то из них есть суицидальные мысли или серьезные проблемы, очень важно, чтобы они сообщили об этом для того, чтобы им могла быть оказана помощь.
- В ситуации общения с родителями ребенка, совершившего самоубийство, важнее всего не делать поспешных выводов, не судить родителей и других людей за произошедшее. Общаться с человеком, незадолго до того потерявшим близкого, очень тяжело. Лучшее, что можно сделать в этой ситуации — слушать и поддерживать намерения обращаться за помощью.
- В ситуации общения с родителями других детей нужно избегать поспешных и оценочных суждений. Важно обратить внимание родителей на естественность их переживаний в сложившейся ситуации, возможность своевременного обращения за помощью для себя и своих детей. Подсказать родителям, куда можно обратиться за этой помощью.

Стратегия 8 — если суицид произошел на глазах у сверстников

- Сообщить в 112. Полиция и скорая приедут на место. Важно предоставить любые данные, как бы абсурдно это не звучало, которые могли бы быть связаны с возможным случаем кибербуллинга или школьной травли.

- Вывести остальных детей из места, где находится тело погибшего.
- Не трогать тело.
- Как только это станет возможным, воспитатели или учителя каждой группы должны сообщить детям, что произошло.
- Помочь им показать, что они чувствуют и предложить помощь.
- Снизить эмоциональное напряжение и проявить внимание к тем детям, которые находятся в состоянии острой тревоги.
- Постараться избежать того, чтобы они чувствовали себя виноватыми. Поговорить об этом.
- Запросить помощь профессионалов.
- В ситуации общения с родителями ребенка, совершившего самоубийство, важнее всего не делать поспешных выводов, не судить родителей и других людей за произошедшее. Общаться с человеком, незадолго до того потерявшим близкого, очень тяжело. Лучшее, что можно сделать в этой ситуации — слушать и поддерживать намерения обращаться за помощью.
- В ситуации общения с родителями других детей нужно избегать поспешных и оценочных суждений. Важно обратить внимание родителей на естественность их переживаний в сложившейся ситуации, возможность своевременного обращения за помощью для себя и своих детей. Подсказать родителям, куда можно обратиться за этой помощью.

Как общаться с родителями (законными представителями) ребенка с суицидальным поведением?

Заметив тревожные сигналы в поведении ребенка важно проинформировать об этом родителей. Родитель, узнавший об аутоагрессивном, опасном или ином, внушающем тревогу, поведении своего ребенка может испытывать сильный страх, растерянность, злость на ребенка и учителя. Поэтому его реакции могут включать отрицание происходящего, недоверие к словам учителя, протест, угрозы, панику, самообвинения и другие спо-

собы совладания со стрессом.

Что делать, чтобы улучшить коммуникацию с родителями и поддержать их в обращении за помощью?

- Спокойно, открыто и прямо говорить о происходящем, называть происходящее своими словами (желание лишиться жизни, намерение уйти из жизни, попытка убить себя).
- Слушая родителя, проявить уважение, сопереживание и понимание. Использовать технику активного слушания.
- Установление доверительного контакта — важнейшая задача.
- Спокойно относиться к различным формам реакции родителя на Ваше сообщение, без сомнения ему непросто говорить о том, что он чувствует и думает.
- Показать родителю, что его ребенок нам важен, мы беспокоимся о нем.
- Дать понять родителю, что все в жизни, кроме смерти, меняется. Обсудить с ним возможные варианты дальнейшего развития событий. Поддержать в решении обратиться за помощью.
- В беседе с родителем важно отметить, что аутоагрессивное, в том числе суицидальное поведение ребенка — это в любом случае «крик о помощи». Не следует винить ребенка, ругать и наказывать его за происходящее. Это не поможет решить проблему, но может усугубить его состояние.

Какие сигналы тревоги могут проявляться
в поведении других учеников после суицида
их товарища?

- Чувство вины за смерть друга или одноклассника.
- Изменение поведения и реагирования на фоне произошедшего.
- Мысли о том, что суицид — акт смелости, и в ситуации, когда ты страдаешь — лучше всего умереть, за что все будут восхищаться твоей храбростью. Превращение погибшего

друга в героя.

- Высказывания или демонстрации того, что ему также не нравится жить.
- Запрет и нежелание говорить о смерти.
- Интерес к разным способам суицида.
- Угрозы покончить с жизнью, выражения своего желания сделать так же.
- В этих случаях очень важно, чтобы преподаватель связался с родителями такого ученика, чтобы сориентировать их и показать, что их ребенок нуждается в специализированной помощи.

Как реагировать учителю, заметившему признаки самоповреждений у ребенка?

Заметив у ребенка следы самоповреждений, педагог не должен давать видимой эмоциональной реакции. Главной задачей становится мотивировать ребенка к обращению за помощью к специалисту. Проводя беседу с таким ребенком, следует:

- Успокоиться, избавиться от чувства напряжения и паники.
- Не отвлекаться, смотреть прямо на собеседника. Расположиться удобно — не напротив подростка, не через стол.
- Не показывать ребенку, что вы куда-то спешите: не смотреть на часы, не выполнять параллельно других дел, не вести никаких записей.
- Приглашать подростка на беседу лучше не через третьих лиц, а напрямую, как бы невзначай. Например, сначала можно обратиться с несложной просьбой или поручением, таким образом, создавая повод для общения.
- Во время беседы вокруг не должно быть посторонних людей и отвлекающих факторов.
- Необходимо следить за интонациями. Уговоры и, напротив, директивный тон неэффективны. Наоборот, они лишь убедят подростка в том, что его не понимают.
- Не следует перебивать ребенка и делать замечания. Дайте ему возможность высказаться до конца.

Как педагогу вести себя с ребенком, оказавшимся в кризисной ситуации?

- Позволить выговориться и «излить эмоции», т.к. подростки часто страдают от одиночества и остро нуждаются во внимании и сопереживании.
- Вести себя спокойно, правильно и понятно формулировать вопросы, выяснить суть кризисной ситуации и то, какая помощь необходима.
- Не выражать удивления от услышанного, не ругать и не осуждать ребенка за любые, самые шокирующие высказывания.
- Не спорить, не высмеивать и не принижать переживания ребенка, не приводить в пример других детей, которым «живется еще хуже» или у которых «точно такие же проблемы». Подобное поведение заставит ребенка испытывать стыд за свои переживания и ощущать себя еще более никчемным.
- Постараться изменить романтическое представление подростка о собственной смерти.
- Не давать большого количества советов, т.к. подростки в депрессивном состоянии просто не способны их воспринимать, но при этом обязательно подчеркнуть, что проблема носит временный характер.
- Стремиться вселить в подростка надежду в конструктивные способы решения его проблемы, которые должны быть реалистичными и направленными на укрепление его сил и возможностей.

Самое важное: уговорить ребенка и/или его законных представителей обратиться за помощью к специалисту!

Заключение

Оценка риска суицидального поведения должна основываться на всестороннем клиническом и психологическом обследовании с учетом специфических особенностей подросткового возраста. Дискуссионным остается вопрос о факторах, способствующих переходу от суицидальных мыслей к суицидальной попытке. Поэтому одним из перспективных направлений совершенствования системы профилактики самоубийств является исследование мотивов суицидального поведения.

Проблема оценки риска и профилактики самоубийства по-прежнему требует пристального внимания и поиска путей решения.

Разработка четких алгоритмов в этом направлении на всех уровнях взаимодействия с подростком, улучшит качество специализированной медицинской, психолого-социальной помощи суицидентам, будет способствовать профилактике повторных попыток самоубийства.

Не следует забывать, что иногда для предотвращения самоубийства требуется обращение ребенка к врачу-психиатру и назначение медикаментозной терапии.

Детский суицид практически всегда можно предотвратить: для этого необходимо чувствовать ребенка, слышать его, вовремя заметить тревожные сигналы.

Адреса и телефоны служб помощи

Телефоны

Всероссийский Детский телефон доверия 8(800)200-01-22 — по всей России.

Телефон доверия ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» 8(495)952-66-18.

«Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи МГППУ 8(495)624-60-01.

Интернет-служба экстренной психологической помощи МЧС России <http://www.psi.mchs.gov.ru/>

Горячая линия Центра экстренной психологической помощи МЧС России 8(499)216-50-50.

Телефон неотложной психологической помощи (Московская служба психологической помощи населению) 051 с городского телефона бесплатно 8-495-051 с мобильного телефона (МТС, Мегафон, Билайн) оплачиваются только услуги оператора связи согласно тарифному плану.

Организации

Консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» г. Москва, 5-й Донской проезд, д. 21А тел.: 8(495)954-20-74. Работает кабинет кризисной помощи, в который можно обратиться без записи (в экстренной ситуации) или записаться по телефону через регистратуру и/или по электронной почте zapisnapriyem@bk.ru.

Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» г. Москва, Шелепихинская набережная, д. 2А тел.: 8(499)795-15-01 и 8(499)795-15-07.

ГБУ «Московская служба психологической помощи населению» Департамента социальной защиты города Москвы (ГБУ МСППН) г. Москва, 2-ой Саратовский проезд, д. 8, кор.2 тел.: 8(499)173-09-09. Отдел экстренной психологической помощи тел.: 8 (499)177-34-94.

«Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы» ГБОУ ГППЦ ДОГМ тел.: 8(499)172-10-19, 8(499)613-52-14.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М. — 1978. — 13с.
2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. — М: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. — 164 с.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации — М., 1980. — 48 с.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения: Методически рекомендации — М., 1980. — 24 с.
5. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сборник научных трудов. — М., 1983. — С. 40–53.
6. Амбрумова А.Г., Полеев А.М, Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методические рекомендации — М., 1986. — 25 с.
7. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Рагинова Н.А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций // Шестой Всероссийский съезд психиатров, г. Томск, 24–26 октября 1990: Тез. докл. — т. 1. — М., 1990. С. 105–106.
8. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. — Т. 6. — № 4. — С.14–20.
9. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи. В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. М.: Смысл, 2005; с. 192–208.
10. Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк П.Т., Цыганенко А.Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. — Харьков: Основа. 1995. — 276 с.

11. Бачериков Н.Е., Згонников П.Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия (Под ред. Н.Е. Бачерикова). — К.: Здоровья, 1989. — С. 456–479.
12. Бебик М.А., Бирюкова И.В., Варга А.Я., Вроно Е.М. и др. Азбука чувств. — М.: Луч, Центр развития межличностных коммуникаций, 2015 — 200 с.
13. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В. Ф., Крыжановская Л.А., Жабокрицкий С.В., Сонник Г.Т. <<Глоссарий суицидологических терминов>>
14. Вихристюк О.В. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под ред. Вихристюк О.В., — М.: МГППУ, 2013 — 67 с.
15. Вроно Е.М. Поймите своего ребенка. — М.: Дрофа, 2002. — 224 с. — (Серия «Дрофа» родителям).
16. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. М., Академический проект, 2001 г., — 40 с.
17. Всемирная организация здравоохранения. Превенция самоубийств: руководство для учителей и других работников школ. Перевод: Одесский национальный институт им. Мечникова. Одесса, 2007 — 25 с
18. Выготский Л.С. Собрание соч. Том 4. М.: Педагогика, 1986. — 432 с.
19. Ганзин И.В. Клинико-лингвистическая диагностика суицидального поведения // Превенция суицидов и оказание экстренной психологической помощи по телефону. — Симферополь: Изд-во Крымского республиканского центра ССМ, 1997 — С. 13–19.
20. Гасанов А. Х., Агазаде Н. В. Применение батареи психологических методик для активного выявления суици-

- дальных тенденций // Проблемы неотложной психиатрии: Тезисы докладов Всесоюзной конференции, 23-25 декабря 1985. — М., 1985. — С. 52–54.
21. Дети в России. 2009: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. — 121 с.
 22. Дюркгейм Э. Самоубийство// Суицид. Хрестоматия по суицидологии. — К.: А.Л.Д., 1996. — С. 104–148.
 23. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. — М.: Мысль, 1994. — 339 с.
 24. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. //СПб.: Речь, — 2006. — 144 с.
 25. Изменяющиеся модели поведения, ведущего к самоубийству// Отчет о совещании ВОЗ, г. Афины, 29 сентября — 2 октября 1981. — Женева, ВОЗ, 1984. — 57 с.
 26. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 3. — с. 37–40.
 27. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. — 2016. —№ 2. — С. 137–143.
 28. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск, — 2008. — 206 с.
 29. Конончук Н.В., Мягер В.К. “Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Методические рекомендации”. 1983
 30. Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 1: 33–38.
 31. Молодежь в России. 2010: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. — 166 с.
 32. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) Том 1 Общая часть. Основные аспекты депрессии. //ВПА — 2010

33. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. No 4. URL: http://psyedu.ru/journal/2013/4/Pavlova_Bannikov.phtml (дата обращения: 21.07.2017).
34. Положий Б.С. Клиническая суицидология: Этнокультуральные подходы. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006 – С.162–180.
35. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – Т. 23. – No 4. – С. 176–190.
36. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков //Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2005. – No 2. – С. 24–26.
37. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4–8.
38. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: Спец. литература, – 2017. – 366 с.
39. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. ВОЗ., 243 с., <https://www.who.int/publications/list/whr01/ru/>, 1.07.2019, 10:50.
40. Российский статистический ежегодник. 2017: Статистический сборник/Росстат. – Р76 М., 2017 – 686 с.
41. Ротштейн, В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7, – № 2. – С. 56–58.
42. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т.

24. № 3. С. 8–24.
43. Трунов Д.Г. Определение суицида: поиски критериев. Суицидология. Том 7, №1, 2016 г., с. 64–67.
44. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституционально-психологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 4: 20–22.
45. Холмогорова А.Б., Евлашкина Н.М. Социальная ситуация развития и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением. // Дефектология. — 2011 — № 2. — С. 71–81.
46. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 29.08.2019).
47. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия: Методическое пособие. — К., 1999. — 60 с.
48. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституционально-психологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2002; 4: 20–22.
49. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ), Изд. «Академия естествознания», 2010 г., — 148 с
50. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография. / Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
51. Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiatric Bulletin. — 2005. — V. 29. — p. 164–167.
52. Farber M.L. Theory of suicide. New York: Funk & Wagnalls, 1968.
53. Javier Jiménez Pietropaolo et al. !No estás solo! Guia para la

- prevencion de la conducta suicida. Comunidad de Madrid. Consejeria de salud mental. 2016. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf> (23.05.2019, 12:15)
54. World Health Organisation. (2011). Causes of death 2008: Data sources and methods. URL:http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_200_sources_methods.pdf
55. World health statistics 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=21EF643E8E88FB4A47A31BE76B88A276?sequence=1
56. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf?ua=1

Особенности суицидального поведения подростков:
в помощь работнику образовательной организации

Этапы оказания специализированной помощи

- I. **Поступление ребенка в боксированную часть круглосуточного стационара.** Обследование врачами и психологами, проведение исследований, необходимых для пребывания в стационаре Центра.
Разработка индивидуального плана медико-психологической помощи и назначение лечения.
- II. **Перевод пациента в общие палаты круглосуточного стационара,** где добавляются индивидуальные и групповые психологические занятия, школьные занятия, профориентация и другие реабилитационные мероприятия.
- III. После выписки из круглосуточного стационара специалисты Центра **«подхватывают» пациента в дневном стационаре,** куда он ежедневно приходит из дома для консультаций с врачом, участия в психологических тренингах и иных мероприятиях реабилитационного комплекса, посещения школьных занятий .
- IV. **Поддержка подростка в кабинете постгоспитального сопровождения.** Периодичность встреч с врачами и психологами определяется состоянием подростка и семейной ситуацией в момент выписки.



Главные принципы работы Клиники кризисной помощи:

1. Индивидуальный подход к каждому ребенку.
2. Ориентация на семью пациента.
3. Формирование доверительных отношений между ребенком , семьей и специалистами.
4. Обеспечение преемственности между различными этапами помощи.
5. Оказание помощи полипрофессиональной командой специалистов.



**Клиника кризисной помощи
Центра им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ**

Медведниковский корпус

ГБУЗ «Научно-практический Центр психического
здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

**Внимание к каждой детали
в истории ребенка и всей его семьи**

**Медико-психологическая реабилитационная
помощь детям в возрасте 11-17 лет,
оказавшимся в тяжелой жизненной ситуации:**

- состояние острого горя
- состояние хронического стресса
- состояние после перенесенного насилия и жестокого обращения
- кризисные состояния, сопровождающиеся самоповреждающим поведением



Наш адрес:

г. Москва, 5-й Донской проезд, д.21А

• **8 (495) 960-34-62**
телефон доверия для детей и всей семьи
(круглосуточно)

- **8 (495) 952-66-18** – справочная
- **8 (495) 954-37-54** – регистратура
- **8 (495) 952-52-86** – платные услуги

www.npc-pzdp.ru



К.м.н. М.А. Бебчук, к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. П.В. Безменов,
к.м.н. Э.Г. Рытик, Ю.В. Северина, С.А. Залманова

Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации

Научное издание

Издается в авторской редакции

Издательская группа:

**В. В. Чернякина
Т. С. Андросов
А. В. Высоцкий
А. В. Логинова
Д. П. Куваева
А. С. Китова**

Издательство «ДПК Пресс»

г. Москва, ул. ул. Электrozаводская, д. 52

+7 (495) 724-34-86; +7 (495) 788-83-81

www.dpk-press.ru

Подписано в печать 26.02.2020 г.

Формат 60x90/16 // Усл. печ. л. 3,5.

Гарнитура «Petersburg C».

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии «ДПК Пресс»