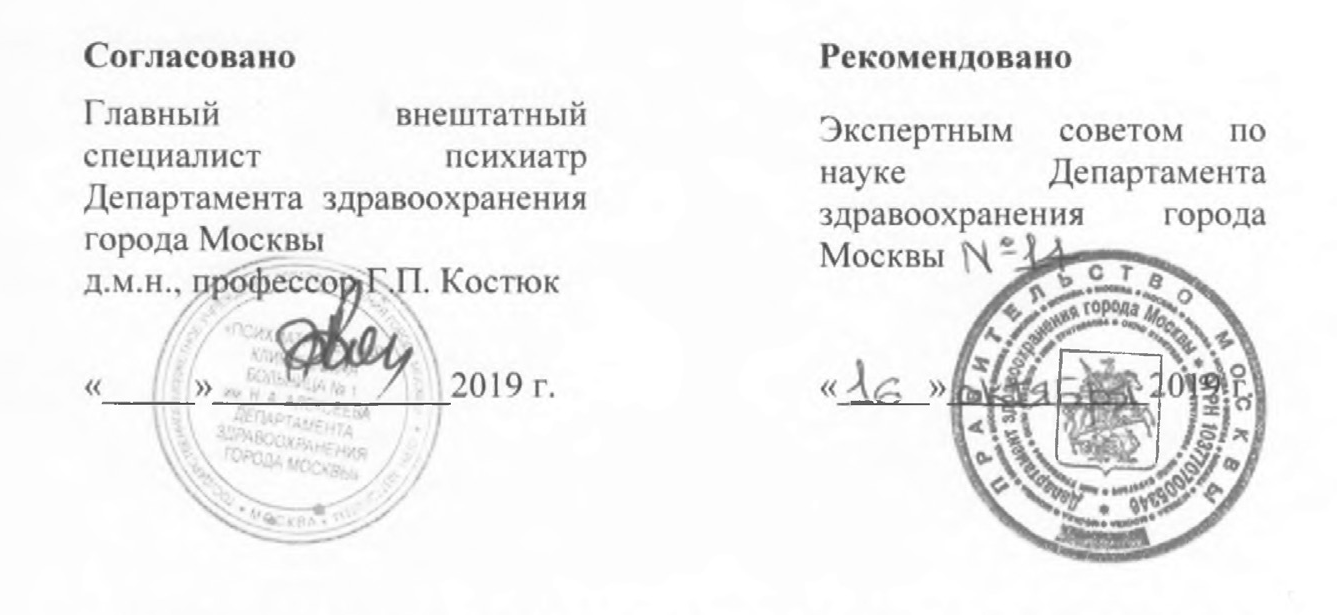


ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ:**

**В ПОМОЩЬ РАБОТНИКУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Методические рекомендации



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 Департа- мента 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 ме- дицинской психологии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. ***Л.С. Печникова*** – кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и па- топсихологии факультета психологии Московского государственного университе- та им. М.В. Ломоносова.

Б 35

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

Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекоменда- ции / 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 суицидологи. Особое внимание уделено практи- ческим аспектам выявления детей и подростков с высоким суицидальным риском. Издание предназначено для работников образовательных органи- заций, специалистов системы профилактики безнадзорности и правона- рушений несовершеннолетних, студентов образовательных учреждений.

Данный документ является собственностью Департамента здравоох- ранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распростране- нию без соответствующего разрешения.

УДК 616.89-008.441.44

ББК 56.14

ISBN 978-5-91976-150-1

© 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

© Оформление — издательство «ДПК Пресс», 2020

# Содержание

[Нормативные документы 5](#_TOC_250017)

[Определения 7](#_TOC_250016)

[Введение 9](#_TOC_250015)

[Основная часть 12](#_TOC_250014)

[Суицидальное поведение: виды, этапы формирования 12](#_TOC_250013)

[Мифы о суицидальном поведении 14](#_TOC_250012)

[Особенности подросткового возраста 17](#_TOC_250011)

[Особенности детско-подросткового суицида 19](#_TOC_250010)

[Профилактика суицидального поведения 20](#_TOC_250009)

[Факторы риска 21](#_TOC_250008)

[Защитные факторы 24](#_TOC_250007)

[Сопряженность подростковых суицидов и депрессии 26](#_TOC_250006)

[Сигналы тревоги 30](#_TOC_250005)

[Стратегии действий 33](#_TOC_250004)

[Как общаться с родителями (законными представителями) ребенка с суицидальным поведением? 41](#_TOC_250003)

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](#_TOC_250002)

[Адреса и телефоны служб помощи 46](#_TOC_250001)

[Список литературы 48](#_TOC_250000)

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 законодатель- ными и нормативными правовыми актами:

* Конвенция ООН о правах ребенка**1**;
* Конституция Российской Федерации**2**;
* Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ**3**;
* Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1**4**;
* Федеральный закон Российской Федерации «Об образова- нии в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ**5**;

1 «Конвенция о правах ребенка» (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) URL: [http://www.](http://www/) consultant.ru/document/cons\_doc\_LAW\_9959

2 «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосова- нием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправ- ках 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.](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.](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 Федерации**8**;
* Кодекс Российской Федерации об административных пра- вонарушениях **9**;
* Приказ Минобразования Российской Федерации от 28 фев- раля 2000 г. № 619 «О концепция профилактики ПАВ в об- разовательной среде»**10**;
* Письмо Министерства образования Российской Федерации

«О мерах по профилактике суицида среди детей и подрост- ков» от 26.01.2000 г. и от 29.05.2003 г.**11**;

# Определения

**Ангедония** — снижение или утрата способности радо- ваться, получать удовольствие от любимых вещей, отсут- ствие интереса к жизни.

**Аутоагрессия**—намеренные действия, направленные на причи- нение себе вреда в физической и психической сферах. Проявляется в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, отказе от удовлетворения потребностей, получения удовольствия, са- мообвинении, самоунижении. Крайняя форма аутоагрессии—суицид. **Аффект** (от лат. Affectus — страсть, душевное волнение) — кратковременная, ярко протекающая, положительно или отри-

цательно окрашенная эмоциональная реакция.

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

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

**Самоповреждающее поведение** (несуицидальное самоповре- ждающее поведение, селф-харм, от англ. self-harm) — намеренное повреждение своего тела, не связанное с суицидальной попыткой. **Суицид** (от лат. sui caedere — убивать себя, самоубийство) — на- меренное, целенаправленное и осознанное прекращение соб- ственной жизни. Профильными специалистами (психологами и психиатрами) суицид рассматривается как способ избегания не-

переносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.

**Суицид завершенный** — смерть в результате нанесенных са- мому себе повреждений с намерением умереть.

**Суицидальные мысли** (син. суицидальная идеация) — это мысли о самоубийстве или излишняя озабоченность самоубий- ством. Суицидальные мысли могут появляться эпизодически и быстро проходить, а могут стать этапом формирования суици- дального поведения. Они бывают пассивными и активными.

*Суицидальные мысли пассивны*е носят недифференцирован- ный характер и не связаны с разработкой суицидального плана. К данной группе могут относиться случаи, когда человек фан- тазирует о своей смерти, представляет, как с ним происходят несчастные случаи (сбила машина, уснул и не проснулся), раз- мышляет о реакции близких людей на свою смерть.

*Суицидальные мысли активные* связаны с осознанным на- мерением убить себя («Я покончу с собой, когда представиться удобный случай», «Всем будет лучше, если я умру»). К данной группе также относят мысли, связанные с обдумыванием наибо- лее подходящего способа самоубийства, места и времени суици- дального акта, то есть с планированием предстоящего суицида.

**Суицидальное поведение** — широкое понятие, которое по- мимо суицида включает в себя суицидальные попытки и другие суицидальные проявления.

**Суицидент** — человек, совершивший завершенное или неза- вершенное самоубийство.

**Суицидология** — междисциплинарная область научного зна- ния, изучающая теоретические и практические аспекты аутоа- грессивного поведения и пути его профилактики на стыке таких научных дисциплин как психология, психиатрия, социология, юриспруденция, философия и другие.

**Тревога** — эмоциональное состояние, возникающее в ситу- ациях неопределенной опасности. В отличие от страха, кото- рый является реакцией на конкретную, вполне реальную опас- ность, тревога часто беспредметна.

# Введение

Самоубийство или суицид представляет собой сложное и неоднозначное явление, границы и определения которого не- редко нелегко провести. Считается, что впервые слово «суицид» (от лат. Sui caedere — убивать себя) было введено в 1641 году ан- глийским врачом и философом Томасом Брауном (1605–1682) в книге «Религия врача». В русском языке термин «самоубий- ство» появился в 1704 г. в «Лексиконе треязычном», составлен- ном Федором Поликарповым-Орловым**12**.

Существует множество определений самоубийства, опираю- щихся на различные критерии. К наиболее классическим относят определение основоположника суицидологии Э. Дюркгейма, кото- рый рассматривал в качестве суицида «каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результа- том 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, на- меренное и быстрое лишение себя жизни»**14**. Авторитетные отече- ственные суицидологи А. Амбрумова и В. Тихоненко также опре- деляют суицид как «намеренное лишение себя жизни»**15**. В докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» от 2001 года самоубийство рассматривается как «результат созна- тельных 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/](http://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: добро- вольность, самостоятельность, осознанность, намеренность, доста- точность, непосредственная связь по времени («post hoc»)**17**.

По данным ВОЗ ежегодно кончают жизнь самоубий- ством 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 че- ловека, совершившего самоубийство, приходится 20 суицидаль- ных попыток. Суицидальные попытки остаются важнейшим фактором риска совершения самоубийства в дальнейшем**19**. Са- моубийства совершаются людьми на протяжении всей жизни, однако, в возрасте от 15 до 29 лет они становятся второй по зна- чимости причиной насильственной смерти, уступая только ги- бели в автодорожных происшествиях. Мужчины совершают са- моубийство достоверно чаще, чем женщины (1,6:1), однако для суицидальных попыток ситуация обратная.

В России, как и во всем мире, с 2001 по 2017 гг. 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, совершае- мых детьми и подростками в мире, возросло в несколько раз: так, в 2016 г., самоубийства у детей в возрасте от 10 до 14 лет состави- ли 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 meth- ods.URL: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_200>sourc- es\_methods.pdf

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

20 Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб./Росстат. — Р76 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 нарко- тиками и т.п.). Систематический недоучет, то есть вклад т.н. латент- ных самоубийств, составляет от 15,8% у юношей до 27,6% у девушек**22** (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 про- водит в стенах образовательных организаций, на глазах педагогов, воспитателей, школьных психологов. Именно от них во многом за- висит психологическая атмосфера в образовательной организации, они являются важнейшим звеном первичной профилактики аутоа- грессивного, в том числе суицидального поведения детей и подрост- ков, они могут первыми заметить изменения в поведении ребенка, от их своевременной и правильной реакции во многом зависит даль- нейшее развитие событий.

# 

# Основная часть

## Суицидальное поведение: виды, этапы формирования

Единой теории, объясняющей причины суицидального по- ведения, не существует. Суицидальные переживания могут поя-

21 World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable develop- ment goals. URL: [https://www.who.int/gho/publications/world\_health\_statistics/2016/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/) EN\_WHS2016\_TOC.pdf?ua=1

22 Иванова А.Е., Сабгайда 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](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 дей- ствия, направленные на лишение себя жизни. Ему чаще всего предшествует длительное депрессивное состояние, чувство без- надежности, утрата смыслов, детальная проработка психотрав- мирующей ситуации. Когда решение принято, тщательно вы- бирается 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». Аф- фективные суицидальные попытки, в отличие от истинных, чаще совершаются в присутствии людей; действий, чтобы обезопасить суицидальную попытку не предпринимается.

**Демонстративное суицидальное поведение** не связано с же- ланием умереть. Это способ привлечь к себе внимание близких, удовлетворить некоторые потребности, о которых по каким-то при- чинам 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 по- мощи, который по каким-то причинам не может быть выражен более прямым способом. Способы суицида как правило выбираются не- летальные, действия просчитываются, суицидальную попытку со- вершают 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** (косвен- ное) — это саморазрушающее или рискованное поведение, без четких суицидальных мотивов. Сюда относятся злоупотребле- ние алкоголем, никотином, наркотиками, занятия экстремаль- ными видами спорта и т.п.). При этом человек понимает, что та- кое поведение опасно для его жизни, но продолжает вести себя подобным образом.

Этапы формирования суицидального поведения:

По мнению ведущих специалистов**23 24 25**, суицидальное поведе- ние— это процесс, который чаще всего протекает в несколько этапов:

* антивитальные переживания;
* пассивные суицидальные мысли;
* активные суицидальные мысли
* суицидальные намерения, разработка плана;
* поиск и подготовка средств для его осуществления;
* суицидальные попытки;
* завершенный суицид.

Под влиянием острых или длительных психотравмирующих ситуаций, у человека возникают антивитальные переживания («жизнь бессмысленна», «ничего хорошего уже не будет», «я ни- кому не нужен», «не живешь, а существуешь» и т.п.). Затем мо- гут формироваться пассивные суицидальные мысли («хорошо бы, если бы сбила машина», «если бы уснуть и не проснуться»). На следующем этапе начинают формироваться активные суици- дальные 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 под- ростков. 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 пред- приниматься действия, чтобы попытке никто не помешал. Далее может следовать непосредственная суицидальная попытка, кото- рая в случае «неудачи» может быть неоднократной.

По времени весь суицидальный процесс может составлять от нескольких месяцев до нескольких минут. Непосредственно- му акту самоубийства предшествует период, называемый специ- алистами «пресуицид», и включающий две фазы.

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

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

## Мифы о суицидальном поведении

Мифы — это широко распространенные в обществе оши- бочные утверждения, не подтвержденные научно, основанные на верованиях, слухах, стереотипах, и некритическом восприятии мнений. Мифы никак не помогают, а мешают окружающим пра- вильно воспринимать состояние человека с суицидальным пове- дением и затрудняют получение человеком поддержки и помощи. **Миф 1** — спрашивать человека о том, есть ли у него суицидаль-

ные 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 по- рождает и не увеличивает риск суицида, напротив, она снижает его. Открытый разговор с выражением искренней заботы и бес- покойства о человеке чаще всего является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предот- вращении самоубийства.

Рекомендация — спрашивать и слушать без осуждения, спо- койно. Не стоит спорить и стараться снизить влияние суици- дальных идей на человека.

**Миф 2** — Человек, который хочет покончить с жизнью, не го- ворит об этом.

Факт — большое количество людей с суицидальными наме- рениями прямо выражают свое желание покончить с жизнью, а другие позволяют увидеть и услышать их намерения с помо- щью сигналов.

Рекомендация — очень важно различать сигналы тревоги. Любая суицидальная угроза должна быть, прежде всего, воспри- нята 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, угро- зами, невербальными сигналами или изменениями в поведения. Рекомендация—такие высказывания НИКОГДА не должны рас- сматриваться 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, толь- ко угрожают.

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

Рекомендация — попытки оценить серьезность и глубину пе- реживания 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 само- убийство. Оказывать помощь таким людям бесполезно.

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

Рекомендация — важно помнить, что основное переживание людей с суицидальными намерениями, искажающее их пред- ставление 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 психиче- ского заболевания является фактором суицидального риска, очень большая часть совершающих суицид не страдают ника- ким психическим заболеванием. Для них это всего лишь вре- менная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

Рекомендация — большинство кризисных состояний явля- ются преходящими, их интенсивность снижается по мере полу- чения соответствующей помощи.

## Особенности подросткового возраста

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

стратегий. Кризис подросткового возраста выражается в переходе из детства во взрослость и сопровождается значительными измене- ниями на биологическом, социальном и психологическом уровнях. Одним из факторов, определяющих особенности подростко- вого периода, является пубертатный криз с бурным гормональным созреванием, физиологическим и психическим дисбалансом и свя- занной с ним эмоциональной нестабильностью, что может прояв- ляться в сменах настроения: приступах плаксивости, периодов хандры, тоски, тревоги, которых затем могут сменяться эйфорией, приподнятымнастроением,повышениемдвигательнойактивности. На психологическом уровне основные изменения подрост- кового возраста — это формирование самосознания, внутрен- него ощущения себя индивидуальностью, формирование чув- ства взрослости, то ест возникновение представления о себе как

«не о ребенке» (подросток начинает чувствовать себя взрослым, стремится быть и считаться взрослым, он отвергает свою принад- лежность к детям, у него еще нет ощущения подлинной, полно- ценной взрослости, зато есть огромная потребность в признании его взрослости окружающими), кардинальная смена интересов.

Л.С.Выготский**26** перечислил несколько основных групп наиболее ярких интересов подростков, которые он назвал до- минантами. Это «эгоцентрическая доминанта» (интерес под- ростка 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 сопротив- лению, преодолению, к волевым напряжениям, которые иногда проявляются в упрямстве, хулиганстве, борьбе против воспита- тельского авторитета, протесте и других негативных проявле- ниях); «доминанта романтики» (стремление подростка к неиз- вестному, рискованному, к приключениям, к героизму).

По Р. Хевигхерсту**27**, основными задачами подросткового воз- раста 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 эмо- циональной независимости и автономии при сохранении матери- альной и психологической поддержки, построение нового телесно- го образа «Я», формирование полоролевой идентичности в связи с половым созреванием и физическими изменениями, самоопреде- ление в области образования и профессии, развитие навыков меж- личностного 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 обще- нии со сверстниками вызывают у них сильнейшую негативную эмоциональную реакцию, формируя депрессию и нередко под- талкивая к акту отчаяния — попыткам самоубийства.

Для современных подростков характерна дисгармония психиче- ской деятельности, чаще всего сопровождающаяся ранним интеллек- туальным развитием, высоким давление со стороны социума и запозда- лым наступлением психологической зрелости, неуверенностью в себе.

Высокая распространенность зависимости от психоактив- ных веществ, алкоголя, наркотиков в подростковой среде также создают неблагоприятную почву, и обуславливает 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 нео- пределённости. Протест против общепринятых норм пове- дения. Максимализм.
* Склонность к подражанию, отождествлению, имитации. Ре- акции группирования со сверстниками.

## Особенности детско-подросткового суицида

Психофизиологические особенности детского и подростко- вого возраста обуславливают особенности суицидального пове- дения в этот период. Общая незрелость эмоционально-личност- ной сферы, несформированность жизненных целей, временной перспективы, самосознания, представлений о смерти как о ко- нечном событии, отсутствие понимания необратимости своих действий и другие нормативные особенности, делают подрост- ков более уязвимыми к суицидальным проявлениям.

Суицидальное поведение подростков может иметь различ- ный психологический смысл и выступать как:

* способ избежать трудностей, справиться с безвыходной с точ- ки зрения ребенка ситуацией, являться «актом отчаяния»;
* «акт мести кому-то, кто потом обо всем пожалеет»;
* способ получить внимание и помощь близких, удовлетво- рить некоторые потребности, о которых по каким-то причи- нам 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 вы- сока, они зачастую приравниваются к «концу света».

Подростки часто неспособны адекватно оценить послед- ствия самоповреждающего поведения, из-за этого несуицидаль- ное 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 недо- учета его потенциальной летальности.

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

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

Подросткам часто свойственны повышенная восприимчи- вость, внушаемость, импульсивность в принятии решений, что ча- сто 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 под-

ростковом возрасте — аффективный.

## Профилактика суицидального поведения

Как уже было сказано выше, пик суицидальной активно- сти приходится на подростков в возрасте 15–19 лет. В связи с рез- ким увеличением в последние годы количества суицидальных по- пыток среди молодежи, профилактика суицидального поведения на уровне семьи и школы становится все более актуальной.

Всемирная организация здравоохранения выделяет первич- ный, вторичный и третичный уровни профилактики, позволяю- щие 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 осведом- ленности школьных психологов, педагогов и родителей, выявле- ние потенциальных групп риска среди подростков. Цель первич- ной профилактики — свести к минимуму риск возникновения

суицидальных намерений.

Вторичная профилактика направлена на помощь лицам, пе- реживающим кризисную ситуацию и всерьез размышляющим о самоубийстве. Основная цель вторичной профилактики — по- мочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать его психологическое состояние. Вторичная профилактика осущест- вляется узкими специалистами с соответствующей квалифика- цией — 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, выжив- шим после суицидальной попытки и их окружению, а также к родственникам суицидентов, погибшим в результате за- вершенного суицида. Третичная профилактика направле- на на психологическую поддержку и реабилитацию, а также на предотвращения повторных суицидальных попыток или подражательных суицидов.

## Факторы риска

Суицидальные мысли представляют собой нередкие пере- живания, встречающиеся у большинства подростков. К счастью, подавляющее большинство из них никогда не переходят к суици- дальному поведению. Какие же факторы повышают степень суи- цидального риска? На что необходимо направить усилия специа- листов, чтобы помочь подростку и предотвратить самоубийство? *Следует понимать, что чем больше факторов риска присут- ствует в ситуации одного человека, тем больше вероятность по- явления у него суицидального поведения. С другой стороны, от- сутствие факторов риска не означает, что подросток не сможет*

*покончить с жизнью.*

### Личностные факторы риска:

* Наличие суицидальных попыток в личной истории в про- шлом. Чем больше было попыток, тем выше риск. Чем се- рьезнее 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 ко- личество социальных контактов, обеспечивающих поддержку;
* Психическое заболевание, например, депрессия, биполярное рас- стройство, 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 пра- вил, провоцирующего поведения;
* Перенапряжение, усталость, астенизация;
* Чувство беспомощности и отчаяния перед жизнью и буду- щим, безнадежность;
* Высокий уровень импульсивности, низкая толерантность к фрустрации;
* Трудности идентичности, связанные с сексуальной ориента- цией и/или половой принадлежностью;
* Опыт переживания физического, в том числе сексуального, насилия в прошлом;
* Опыт переживания жестокого обращения и психологиче- ского насилия в прошлом.

### Семейные факторы риска:

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

ный уровень и, как следствие, недостаточная интеграция ре- бенка 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, недоо- ценка эмоционального неблагополучия ребенка;
* Семейная установка на сокрытие неблагоприятных факто- ров («не выносить сор из избы»), в том числе психического неблагополучия.

### Социальные факторы риска:

* Потеря или отсутствие социальной сети поддержки, соци- альное 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 ретрав- матизация, реактивация чувства отчаяния, покинутости и беспомощности;
* Утрата социального статуса (неудачная сдача экзаменов, не- возможность 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. Не- понимание, тревога, отвержение у педагогов на фоне суи-

цидального поведения подростка. Замалчивание ситуации педагогами и школьниками, вызванное страхом снова спро- воцировать суицидальное поведение.

## Защитные факторы

Наличие факторов риска уравновешивается так называе- мыми защитными факторами. Чем больше защитных факторов присутствует в ситуации человека, тем ниже риск суицидально- го 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 коммуникатив- ных навыков;
* Высокий уровень жизнестойкости и совладания со стрессом;
* Экстравертированность (в понимании поиска внешних сове- тов и помощи при возникновении трудностей);
* Восприимчивость к опыту других людей с похожими пробле- мами, 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 сплочен- ностью и гибкостью семьи.

### Социальные защитные факторы:

* Развитая сеть социальной поддержки:
* Хорошие отношения с учителями, сверстниками и значимы- ми людьми;
* Хорошая коммуникация с родными, учителями, сверстника- ми 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 осу- ждения, 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 послед- ствиями суицидального поведения;
* Профилактические психологические и педагогические программы, способствующие формированию нулевой толе- рантности к травле;
* Обучающие курсы для развития коммуникации между пре- подавателями и подростками в ситуациях с возможным суи- цидальным риском;
* Информирование учеников о серьезности проблемы травли и личной и юридической ответственности за такое поведение;
* Разрешение проявлений горевания в случае, если в образо- вательной организации произошла смерть от суицида, отсут- ствие попыток скрыть произошедшее, помощь и психологи- ческая поддержка участников;
* Создание сети школьной поддержки, выделение специали- ста, специально обученного по теме работы с суицидальным поведением, «поддерживающей фигуры», к которому может обратиться каждый в любой момент, если выявляется воз- можный суицидальный риск;
* Обучение воспитателей и персонала школы;
* Сотрудничество образовательной организации с психоло- го-педагогической службой города, организация профилак- тических мероприятий;
* Наличие информации для педагогов и учащихся, основан- ной на научных данных (методички, брошюры, литература, веб-ресурсы).

## Сопряженность подростковых суицидов и депрессии

Депрессия является психическим расстройством, которое характеризуется сниженным фоном настроения, неспособно- стью получать удовольствие от жизни, а также замедлением психических процессов. Депрессия может возникнуть как в ре- зультате тяжелого психического заболевания, так и на фоне пси- хической травмы, острого и хронического стресса. Эмоциональ- ная нестабильность подросткового возраста облегчает развитие аффективной патологии, делает подростков особенно уязвимы- ми к формированию депрессивного синдрома.

Особенности депрессий у подростков определяется сочета- нием целого комплекса факторов — наследственного, конститу- ционально-характерологического, психофизиологического, пси- хогенного, возрастного и др.

Проявления депрессии у детей и подростков нередко отли- чаются от, так называемой, классической депрессии, поэтому остаются нераспознанными как специалистами области психи- ческого здоровья, так и ближайшим окружением подростка.

Для депрессий подросткового возраста характерны следую- щие особенности:

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

ства пищевого поведения;

* Частая представленность выраженных диссоциативных (ис- терических) проявлений;
* Маскированность депрессии ее различными эквивалентами (астения, нарушения поведения, злоупотребление ПАВ, ин- теллектуальная несостоятельность, что часто проявляется школьной дезадаптацией, конфликтами с семьей и привыч- ным окружением);
* Переживания несовершенства и несостоятельности соб- ственной личности, несоответствия внешности современ- ным стандартам красоты;
* Переживание проблем со своей половой идентичностью, сексуальностью;
* Формирование особого депрессивного философского мировоз- зрения, включающего переживания бессмысленности жизни;
* Аутодеструктивные тенденции вплоть до попыток самоу- бийства;
* Сочетание (особенно у девочек) с выраженными вегетативны- ми расстройствами (потливостью, тахикардией, головокруже- ниями, повышением или понижением артериального давле- ния, аменореей, нарушением ритма сна и бодрствования). Наличие депрессии значительно повышает суицидальную го-

товность подростков. По данным Британского эпидемиологиче- ского исследования, 41% детей в возрасте 11–15 лет, страдающих депрессивными расстройствами, предпринимали попытку само- убийства или пытались нанести себе повреждения**28**. 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 состояния**29**. В некото- рых работах отечественных психиатров этот показатель достигает

28 Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiat- ric 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 пола**30**.

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

Так называемые, психопатоподобные «маски» или экви- валенты депрессий у подростков проявляются различными формами расстройств поведения: психической неустойчиво- стью со склонностью к агрессивным поступкам, прогулами, потерей интереса к учебе, увлечениям, трудностями концен- трации внимания непереносимостью одиночества, асоциаль- ному поведению со злоупотреблением ПАВ, промискуитетом, бродяжничеством.

Особенности маскированных депрессий с нарушениями по- ведения у подростков:

1. отсутствие активно высказываемых жалоб на плохое на- строение;
2. незначительная представленность депрессивных идей малоценности;
3. угрюмость, раздражительность, злобность
4. негативизм, реакции протеста преимущественно в рам- ках семьи;
5. расторможенность влечений;
6. сочетание агрессивного отношения к близким с явлени- ями аутоагрессии;
7. преходящий, 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 дей- ствия или мысли и т. д.;

1. нарушения сна: бессонница или гиперсомния (сон свыше 8–10 часов, который не приносит пациенту бодрости), ночные кошмары;
2. психосоматические симптомы: синдром вегетососуди- стой дистонии, слабость, головокружение, кардионевроз, расстройства желудочно-кишечного тракта, «нервная» сыпь (без явного влияния аллергенов);
3. нарушения пищевого поведения: анорексия (отказ от еды, отвращение к еде), булимия (бесконтрольное пе- реедание, может сопровождаться рвотой); возможна из- бирательность в еде, злоупотребление сладким;
4. «болевая» маска: головные боли, сердечные, боль в лице, шее, спине, руках, не характерная для того или иного за- болевания и не купирующаяся обычными лекарственны- ми препаратами;

Даже самые внимательные родители часто не замечают симпто- мов депрессии у своих детей, трактуя их как проявление упрямства, лени, избалованности, плохого характера. Однако и сами подрост- ки 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 успева- емости; в некоторых случаях успеваемость может оставаться хорошей, в результате чего у окружающих не возникает по- вода для беспокойства;
* нарушение сна, бессонница, что порой объясняется сбитым

«из-за компьютера или смартфона» режимом сна и бодр- ствования;

* нарушение аппетита, пищевого поведения (изменение пище- вых привычек, отказ от еды, чрезмерное употребление слад- кого и пр.);
* любые внезапные изменения поведения, образа жизни, инте- ресов, круга общения, мировоззрения, внешнего вида (под- росток перекрашивает волосы, делает пирсинг);
* употребление алкоголя, ПАВ, наркотиков;
* негативизм, оппозиция, которые не были свойственны под- ростку ранее;
* чрезмерное увлечение компьютерными играми.

В ряде случаев депрессия в подростковом возрасте сопрово- ждается нанесением несуицидальных самоповреждений. К наи- более распространенным самоповреждениям относятся самопо- резы, 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», восстано- вить самоконтроль. В ряде случаев наличие шрамов от самопо- вреждений свидетельствует о принадлежности к маргинальным подростковым группам. Не смотря на несуицидальный характер самих повреждений, постоянное нанесение их ведет к снижению противосуицидального барьера, позволяет повысить толерант- ность 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 ро- ковое 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 луч- ше 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, несдер- жанности, агрессивности, неуважение к границам, бес- сонница или проблемы со сном;
  + внезапное затишье, период спокойствия после периода силь- ного возбуждения. Это кажущееся спокойствие часто быва- ет связано с уже принятым решением о прекращении жизни.
* Потеря интереса к школьным занятиям, которые раньше нравились, отказ от включения в какие-либо виды деятель- ности и группы.
* Пассивное поведение в классе, апатия, грусть.
* Отчуждение, что можно заметить на переменах — замкну- тость, отделенность от других.
* Несвойственное раннее употребление алкоголя и наркотиков как способа преодолеть страх смерти и совершить суицид.
* Снижение успеваемости, снижение мотивации, необосно- ванные 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, социаль- ные 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 повышен- ной вероятностью совершения суицидальных действий, но, с дру- гой 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 пред- ставителей, которые по закону должны дать свое согласие на любое действие в отношении подростка. Это касается лю- бой из нижеперечисленных стратегий.

### Стратегия 1 — иметь в доступе телефоны экстренной служ-

**бы помощи или других служб**

Немедленно связаться с семьей. Важно, чтобы мы имели под- держку семьи и специалистов, работающих с профилактикой суици- да (психиатров, психологов), друзей. Внутри образовательной орга- низации полезно создать систему связи с сотрудниками, имеющими специальное образование по работе с суицидальным поведением.

В случае актуального суицидального поведения нужно при- нимать срочные меры:

* Прежде всего, важно не оставлять ребенка одного, попытать- ся успокоить его, снизить его тревогу.
* Немедленно информировать его родителей или законных представителей о ситуации риска, в которой оказался под- росток и о необходимости оказать ему экстренную помощь.
* Позвонить в службы экстренной помощи через 112. Работа экстренных служб необходима в ситуации высокого суици- дального риска, попытки или завершенного суицида.

Если суицидальное поведение связано с травлей или буллин- гом, 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 самоповреж- дения и способам суицида

* Убрать из зоны досягаемости все предметы, которые воз- можно использовать прямо с целью суицида.
* Ограничить возможность открыть окно или выйти на кры- шу: падение с высоты — второй по популярности способ суи- цида 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 ри- ска суицидального поведения.

Даже если подростка выписали из больницы, куда он по- пал в связи с суицидальными проявлениями, опасность может сохраняться и после выписки. Необходимо продолжать работу с профессионалами, медиками и значимыми людьми из окруже- ния ребенка. Большое количество суицидов происходит на эта- пе кажущего*ся улучшения,* когда у человека появляются энергия и воля для того, чтобы довести суицидальные идеи до конца. Од- нако, человек, который когда-либо совершал суицидальную по- пытку, может не находиться в постоянном риске. Суицидальные мысли могут появляться снова, но они не постоянны, и во мно- гих случаях не возобновляются после лечения.

### Стратегия 4 — развивать коммуникативные навыки: спра- шивать и слушать

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

### Что делать, чтобы улучшить коммуникацию?

* Спокойно, открыто и прямо говорить о происходящем, назы- вать происходящее своими словами (желание лишить себя жизни, намерение уйти из жизни, попытка убить себя).
* Слушая подростка, проявить уважение, сопереживание и по- нимание. Использовать технику активного слушания.
* Установление доверительного контакта — важнейшая задача.
* Уважительно относиться к молчанию, ребенку без сомнения непросто 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 до- стоинства и сильные стороны, заставить увидеть себя цен- ной и уникальной личностью.

### Чего НЕ делать?

* Не осуждать ребенка ни вербально, ни невербально;
* Не упрекать ребенка в способе мыслей или поведения (на- пример, «как ты можешь говорить такое?»);
* Не критиковать, не спорить, не насмехаться над ним, не про- воцировать, не бросать вызов. Относиться к угрозам серьез- но. (Нельзя: «Да ладно, не говори глупостей!»)
* Не преуменьшать, не обесценивать проблемную ситуацию, которую он проживает. (Нельзя: «Да ладно тебе, это нор- мально, все пройдет!»)
* Не впадать в панику, не показывать страх. Если мы не знаем как действовать, мы точно можем, по крайней мере, спокой- но выслушать и как можно скорее найти специализирован- ную 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, посколь- ку, 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 кон- фиденциальности?

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

### Что нужно транслировать ученикам? Что им нужно де- лать, если они заметили суицидальные намерения кого-то

**из сверстников?**

* Очень вероятно, что именно сверстники заметят резкие из- менения 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 су- ицидального поведения и сигналах тревоги (например, что их товарищвыражаетнежеланиежить, рассказываетвподробно- стях,каксовершитсамоубийство,признает,чтострадаети.т.д.)
* В таком случае детям необходимо немедленно связать- ся с воспитателем, учителем или психологом и рассказать о том, что происходит.
* Очень важно донести до подростков, что быстрое вмешатель- ство, в том числе и с их стороны, может спасти жизнь их друга. Спрашивать о наличии суицидальных идей не значит повы- шать риск совершения суицида или провоцировать его. Такие во- просы могут быть единственной возможностью, возможно, послед-

ней, чтобы начать действия по предотвращению самоубийства.

### Стратегия 5 — забота о себе (реабилитация) персонала об- разовательной организации

Эту стратегию следует использовать во время любого про- цесса помощи человеку с суицидальным риском.

Рекомендуется, чтобы воспитатели и другие сотрудники об- разовательной организации, которые оказались включены в ак- тивное взаимодействие с человеком с суицидальным риском, об- ратились 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 суицидаль- ную 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 инфор- мация является конфиденциальной, событием его частной жизни, и нужно попросить о понимании этого как его роди- телей, так и сотрудников школы.
* Говорить об этом с позиции уважения к подростку, совер- шившему попытку.
* Избегать оценок и осуждения, и особенно сплетен.
* Говорить о суицидальном поведении прямо.
* Создать эмоциональные сети поддержки. Транслировать де- тям информацию, что такая поддержка может спасти жизни.
* Дать понять ученикам и другим участникам образовательно- го процесса, что образовательная организация не позволит насмехаться, стыдить или поздравлять человека, который пытался покончить с жизнью.
* Если попытку суицида совершил учитель, все вышеперечис- ленные пункты остаются в силе. Коллеги учителя, также, как и его ученики, должны относиться к нему с уважением.
* Также рекомендуется общаться с суицидентом с позиции уважи- тельного выслушивания, уважать его молчание, позволять ему рассказать, все, что он посчитает нужным, не перебивать.
* Следует обязательно обсудить с родителями состояние ре- бенка. Настроить и поддержать их в принятии решения о не- обходимости оказания ребенку медицинской, в том числе психиатрической, и психологической помощи.
* Важно попытаться избежать обвинений и оценочных суждений в адрес родителей, Людям, ребенок которых попытался покон- чить 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 образова-

тельную организацию, где произошла попытка суицида с инфор-

мированием и профилактикой буллинга и кибербуллинга.

### Стратегия 7 — в ситуации завершенного суицида ученика, как помочь в горевании?

Одна из самых сложных ситуаций, с которыми сталкивается педагогический коллектив — это как справиться вместе с учени- ками 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 взрос- лых. Часто замалчивание провоцирует повышение уровня тревоги среди учеников, отсутствие возможности открыто спросить учителя о произошедшем, невозможность выраже- ния своих чувств, страхов, сомнений и т.д.
* Будут дети, которые переживают острое чувство вины, на- пример, в связи со спором или конфликтом с суицидентом в прошлом. Вина — очень частое и очень деструктивное в си- туации 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 помешает 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 те- чение первой недели очень важно продолжать обсуждать суицид сверстника.
* Помогать в выражении чувств, страхов, сомнений и пережи- ваний с помощью различных видов деятельности в соответ- ствии 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 (на- пример, оставлять цветы или письма).
* Помогать в переживании горя и облегчении боли, с помо- щью выражения и демонстрации своих чувств.
* Обратить 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. Об- щаться с человеком, незадолго до того потерявшим близ- кого, очень тяжело. Лучшее, что можно сделать в этой си- туации — слушать и поддерживать намерения обращаться за помощью.
* В ситуации общения с родителями других детей нужно из- бегать поспешных и оценочных суждений. Важно обратить внимание родителей на естественность их переживаний в сложившейся ситуации, возможность своевременного об- ращения за помощью для себя и своих детей. Подсказать ро- дителям, 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 ки- бербуллинга или школьной травли.
* Вывести остальных детей из места, где находится тело по- гибшего.
* 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 ви- новатыми. Поговорить об этом.
* Запросить помощь профессионалов.
* В ситуации общения с родителями ребенка, совершившего са- моубийство, важнее всего не делать поспешных выводов, не су- дить родителей и других людей за произошедшее. Общаться с человеком, незадолго до того потерявшим близкого, очень тяжело. Лучшее, что можно сделать в этой ситуации — слу- шать и поддерживать намерения обращаться за помощью.
* В ситуации общения с родителями других детей нужно из- бегать поспешных и оценочных суждений. Важно обратить внимание родителей на естественность их переживаний в сложившейся ситуации, возможность своевременного об- ращения за помощью для себя и своих детей. Подсказать ро- дителям, 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, по- ведении своего ребенка может испытывать сильный страх, рас- терянность, 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, назы- вать происходящее своими словами (желание лишить себя жизни, намерение уйти из жизни, попытка убить себя).
* Слушая родителя, проявить уважение, сопереживание и по- нимание. Использовать технику активного слушания.
* Установление доверительного контакта — важнейшая задача.
* Спокойно относиться к различным формам реакции родите- ля на Ваше сообщение, без сомнения ему непросто говорить о том, что он чувствует и думает.
* Показать родителю, что его ребенок нам важен, мы беспоко- имся о нем.
* Дать понять родителю, что все в жизни, кроме смерти, меняет- ся. Обсудить с ним возможные варианты дальнейшего разви- тия 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, ру- гать и наказывать его за происходящее. Это не поможет ре- шить 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, ког- да 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 пока- зать, что их ребенок нуждается в специализированной помощи.

## Как реагировать учителю, заметившему признаки самоповреждений у ребенка?

Заметив у ребенка следы самоповреждений, педагог не дол- жен 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. Располо- житься удобно — не напротив подростка, не через стол.
* Не показывать ребенку, что вы куда-то спешите: не смо- треть на часы, не выполнять параллельно других дел, не ве- сти никаких записей.
* Приглашать подростка на беседу лучше не через третьих лиц, а напрямую, как бы невзначай. Например, сначала мож- но 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 убе- дят 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 внима- нии и сопереживании.
* Вести себя спокойно, правильно и понятно формулировать вопросы, выяснить суть кризисной ситуации и то, какая по- мощь необходима.
* Не выражать удивления от услышанного, не ругать и не осу- ждать ребенка за любые, самые шокирующие высказывания.
* Не спорить, не высмеивать и не принижать переживания ре- бенка, не приводить в пример других детей, которым «жи- вется 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 под- ростка о собственной смерти.
* Не давать большого количества советов, т.к. подростки в де- прессивном состоянии просто не способны их воспринимать, но при этом обязательно подчеркнуть, что проблема носит временный характер.
* Стремиться вселить в подростка надежду в конструктивные спо- собы решения его проблемы, которые должны быть реалистич- ными 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 основы- ваться на всестороннем клиническом и психологическом обсле- довании с учетом специфических особенностей подросткового возраста. Дискуссионным остается вопрос о факторах, способ- ствующих переходу от суицидальных мыслей к суицидальной попытке. Поэтому одним из перспективных направлений совер- шенствования системы профилактики самоубийств является ис- следование 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 специ- ализированной медицинской, психолого-социальной помощи суицидентам, будет способствовать профилактике повторных попыток самоубийства.

Не следует забывать, что иногда для предотвращения само- убийства требуется обращение ребенка к врачу-психиатру и на- значение медикаментозной терапии.

Детский суицид практически всегда можно предотвратить: для этого необходимо чувствовать ребенка, слышать его, вовре- мя 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 (Москов- ская служба психологической помощи населению) 051 с город- ского телефона бесплатно 8-495-051 с мобильного телефона (МТС, Мегафон, Билайн) оплачиваются только услуги операто- ра связи согласно тарифному плану.

### Организации

Консультативно-диагностическое отделение ГБУЗ «Науч- но-практический центр психического здоровья детей и подрост- ков 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.](mailto:zapisnapriyem@bk.ru)

# Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекоменда- ции по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М. — 1978. — 13с.
2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупре- ждение самоубийств. — М: Изд-во Академии МВД СССР, 1980. — 164 с.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суици- дального поведения: Методические рекомендации — М., 1980. — 48 с.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суици- дального поведения: Методически рекомендации — М., 1980. — 24 с.
5. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реак- ции в суицидологической практике // Научные и орга- низационные проблемы суицидологии: Сборник науч- ных трудов. — М., 1983. — С. 40–53.
6. Амбрумова А.Г., Полеев А.М, Неотложная психотерапев- тическая помощь в суицидологической практике: Мето- дические рекомендации — М., 1986. — 25 с.
7. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. Аутоагрес- сивное 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 клиническаяпсихиатрия. 1996. — Т. 6. — No 4. — С.14–20.
9. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у моло- дежи. В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. М.: Смысл, 2005; с. 192–208.
10. Бачериков Н.Е., Воронцов М.П., Петрюк П.Т., Цыганен- ко А.Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. — Харь- ков: Основа. 1995. — 276 с.
11. Бачериков Н.Е., Згонников П.Т. Клинические аспекты суицидологии // Клиническая психиатрия (Под ред. Н.Е. Бачерикова). — К.: Здоров›я, 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 межличност- ных 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››

1. Вихристюк О.В. Что нужно знать родителям о подрост- ковых суицидах? / под ред. Вихристюк О.В., — М.: МГП- ПУ, 2013 — 67 с.
2. Вроно Е.М. Поймите своего ребенка. — М.: Дрофа, 2002. — 224 с. — (Серия «Дрофа» родителям»).
3. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. М., Академический проект, 2001 г., — 40 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Превенция самоубийств: руководство для учителей и других работ- ников школ. Перевод: Одесский национальный институт им. Мечникова. Одесса, 2007 — 25 с
5. Выготский Л.С. Собрание соч. Том 4. М.: Педагогика, 1986. — 432 с.
6. Ганзин И.В. Клинико-лингвистическая диагностика суи- цидального поведения // Превенция суицидов и оказа- ние экстренной психологической помощи по телефону. — Симферополь: Изд-во Крымского республиканского центра ССМ, 1997 — С. 13–19.
7. Гасанов А. X., Агазаде Н. В. Применение батареи психо- логических методик для активного выявления суици-

дальных тенденций // Проблемы неотложной психиа- трии: Тезисы докладов Всесоюзной конференции, 23-25 декабря 1985. — М., 1985. — С. 52–54.

1. Дети в России. 2009: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. — 121 с.
2. Дюркгейм Э. Самоубийство// Суицид. Хрестоматия по суицидологии. — К.: А.Л.Д., 1996. — С. 104–148.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. — М.: Мысль, 1994. — 339 с.
4. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы разви- тия, диагностика, коррекция. //СПб.: Речь, — 2006. — 144 с.
5. Изменяющиеся модели поведения, ведущего к самоу- бийству// Отчет о совещании ВОЗ, г. Афины, 29 сентя- бря — 2 октября 1981. — Женева, ВОЗ, 1984. — 57 с.
6. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной под- ростковой популяции // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 3. — с. 37–40.
7. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характе- ристика детских и подростковых суицидов (обзор литера- туры) // Российский медико-биологический вестник име- ни академика И.П. Павлова. — 2016. –No 2. — С. 137–143.
8. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспек- ты. — Минск, — 2008. — 206 с.
9. Конончук Н.В., Мягер В.К. “Психологические особенно- сти как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Методические рекомендации”. 1983
10. Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток сре- ди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001; 1: 33–38.
11. Молодежь в России. 2010: Стат. сб./ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. — 166 с.
12. Образовательная программа по депрессивным расстрой- ствам (редакция 2008 г.) Том 1 Общая часть. Основ- ные аспекты депрессии. //ВПА — 2010
13. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суи- цидального поведения подростков и молодежи [Элек- тронный ресурс] // Психологическая наука и обра- зование psyedu.ru. 2013. No 4. URL: <http://psyedu.ru/> journal/2013/4/Pavlova\_Bannikov.phtml (дата обраще- ния: 21.07.2017).
14. Положий Б.С. Клиническая суицидология: Этнокуль- туральные подходы. М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006 — С.162–180.
15. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведе- ние в подростковом и юношеском возрасте // Консульта- тивная психология и психотерапия. — 2015. — Т. 23. — No 4. –С. 176–190.
16. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведе- ние подростков //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.— 2005.— No 2.— С. 24–26.
17. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозре- ние психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бех- терева. 2011. № 4. С. 4–8.
18. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: Спец. литература, — 2017. — 366 с.
19. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. ВОЗ.,

243 с., [https://ww](http://www.who.int/publications/list/whr01/ru/)w[.who.int/publications/list/whr01/ru/,](http://www.who.int/publications/list/whr01/ru/) 1.07.2019, 10:50.

1. Российский статистический ежегодник. 2017: Статисти- ческий сборник/Росстат. — Р76 М., 2017 — 686 с.
2. Ротштейн, В.Г., Богдан М.Н., Суетин М.Е. Теоретиче- ский аспект эпидемиологии тревожных и аффектив- ных расстройств // Психиатрия и психофармакотера- пия. — 2005. — Т. 7, — № 2. — С. 56–58.
3. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков

// Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т.

24. No 3. С. 8–24.

1. Трунов Д.Г. Определение суицида: поиски критериев. Су- ицидология. Том 7, №1, 2016 г., с. 64–67.
2. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституцио- нально-психологического фактора при совершении суи- цидов детьми и подростками // Сибирский вестник пси- хиатрии и наркологии. 2002; 4: 20–22.
3. Холмогорова А.Б., Евлашкина Н.М. Социальная си- туация развития и динамика агрессивного поведения у подростков с девиантным поведением. // Дефектоло- гия. — 2011 — № 2. — С. 71–81.
4. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследо- ваний факторов суицидального риска у подростков на осно- ве психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицин- ская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 29.08.2019).
5. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидоло- гия. Основные термины и понятия: Методическое посо- бие. — К., 1999. — 60 с.
6. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституцио- нально-психологического фактора при совершении суи- цидов детьми и подростками // Сибирский вестник пси- хиатрии и наркологии. 2002; 4: 20–22.
7. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведе- ние: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ), Изд. «Академия естествознания», 2010 г., — 148 с
8. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: монография. / Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
9. Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiatric Bulletin. — 2005. — V. 29. — p. 164–167.
10. Farber M.L. Theory of suicide. New York: Funk &Wagnalls, 1968.
11. 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)

1. World Health Organisation. (2011). Causes of death 2008: Data sources and methods. [URL:http://ww](http://www.who.int/healthinfo/)w[.who.int/healthinfo/](http://www.who.int/healthinfo/) global\_burden\_disease/cod\_200 sources\_methods.pdf
2. World health statistics 2014. URL: https://apps.who.int/iris/ bitstream/ handle/10665/112738/9789240692671\_eng.pdf;jsess ionid=21EF643E8E88FB4A47A31BE76B88A276?sequence=1
3. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: [https://ww](http://www/)w. who.int/gho/publications/world\_health\_statistics/2016/ EN\_WHS2016\_TOC.pdf?ua=1

Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации



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

**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. Электрозаводская, д. 52

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

w w w . dp k -pr e s s . r u

Подписано в печать 26.02.2020 г. Формат 60х90/16 // Усл. печ. л. 3,5.

Гарнитура «Petersburg C».

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Тираж 500 экз.

Отпечатано в типографии «ДПК Пресс»