

Главное управление образования мэрии города Новосибирска

Муниципальное казенное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
города Новосибирска

«Городской центр образования и здоровья «Магистр»

Новосибирский государственный медицинский университет

**Профилактика суицидального поведения детей и  
подростков в образовательном учреждении**

Методическое пособие

Новосибирск

2014

Профилактика суицидального поведения детей и подростков в образовательном учреждении: Методическое пособие / Научный редактор Н.А. Склянова. - Новосибирск: МКОУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр», 2014.- 151 с.

**Авторы составители:**

**Короленко Ц.П.** – заслуженный деятель науки РФ, действительный член Нью-Йоркской Академии Наук, член ВОЗ по секции транскультуральной психиатрии, член редакции журнала «Антропология и медицина» (Лондон), д.м.н., профессор кафедры психиатрии наркологии и психотерапии НГМУ.

**Шпикс Т.А.** – доцент кафедры педагогики и психологии, докторант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии НГМУ, к.м.н., доцент.

**Кольчугина Л.Г.** – зав. лабораторией практической психологии «ГЦОиЗ «Магистр».

**Тищенко Е.В.** – педагог-психолог практической психологии «ГЦОиЗ «Магистр».

В методическом пособии рассматриваются проблемы суицидального поведения в детском и подростковом возрасте, а так же способы организации системы профилактики суицидального поведения обучающихся в условиях образовательного учреждения. Пособие предназначено для педагогов-психологов, социальных педагогов, классных руководителей, родителей и других участников воспитательно-образовательного процесса.

**Издание 3-е.**

## Введение

Суицид – это одна из серьезных проблем нашего общества. Данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий удвоилась и составляет около 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин.

Одними из наиболее суицидально опасных возрастов являются подростковый и юношеский. В большинстве случаев суициды совершают вполне нормальные дети. Так среди общего числа совершающих суициды лишь 20% детей, которые относятся к группе психически больных, остальные 80% – психически здоровы. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих.

Проанализировав создавшуюся ситуацию, специалисты Главного управления образования мэрии, МКОУ ДПО «Городской центр образования и здоровья «Магистр» и Новосибирского государственного медицинского университета пришли к выводу о необходимости разработки второго методического пособия по профилактике суицидального поведения детей и подростков в условиях образовательного учреждения. Учитывая сложность проблемы детско-подросткового суицида, многообразие его причин, необходим комплексный подход к оценке суицидального поведения и его профилактике.

Первометодическое пособие «Психолого-педагогическое сопровождение профилактической деятельности в условиях образовательного учреждения:

первичная профилактика суицидального поведения детей и подростков», издан в 2008 году под руководством Е.В.Кушнеренко, заместителя директора по научно-методической работе МКОУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» и рассматривал технологии профилактической работы, в том числе, в детских домах и интернатах.

В представленном пособии подобран материал, позволяющий понять психологические механизмы суицидального поведения и предпринять необходимые действия для его предупреждения у детей и подростков.

## **Глава 1. Проблемы адаптации в обществе в условиях перехода от традиционной к современной и постсовременной культуре**

Термины “постмодернистское общество” и “постмодернистская культура” в последние десятилетия все чаще встречаются в литературе по социологии, транскультуральной психологии и психиатрии. Они отражают специфику новых явлений и процессов, происходящих в конце 20-го и начале 21-го века, прежде всего, в наиболее развитых странах.

Постмодернистская культуральная модель, являясь продуктом модернистского общества, сосуществует с ним, проявляя тенденцию к более или менее быстрому дальнейшему распространению. В разных регионах мира, в том числе и в сегодняшней России, обнаруживается мозаичность сочетания традиционной, модернистской и постмодернистской культур. Постмодернистская культура в современной России получает наибольшее развитие в крупных городах, метрополиях, зонах интенсивного промышленного роста. Для лучшего понимания особенностей постмодернистской культуры целесообразно остановиться на основных чертах предшествующих ей культур – традиционной и модернистской.

Присущая традиционной культуре патриархальность не только препятствует естественному развитию, но и является несовместимой с темпом изменений, имеющих место в высокоразвитых регионах. Ее относительно длительная стабильность во времени во многом обусловлена особенностями политических систем, искусственно сдерживающих спонтанно происходящие процессы.

Так, например, традиционная культура в СССР (бывший СССР, несмотря на специфику коммунистического режима, сохранял многие элементы унаследованной им от Российской империи традиционной культуры) характеризовалась сравнительно медленными изменениями в различных сферах жизни. Все события того периода

происходили постепенно и плавно, с многочисленными периодическими задержками, зависанием, стагнацией экономических и социальных процессов.

Люди в традиционном обществе поддерживали тесные отношения как внутри ядерной семьи, так и с членами своего родственного клана, входящими в состав расширенной семьи. Создание эмоционально теплых отношений с соседями и друзьями обуславливалось традицией и жизненной необходимостью во взаимной поддержке. В то же время эти отношения далеко не всегда включали достаточную интимность и эмпатию. Традиционное общество было социально стратифицированным, подчинялось строгой регламентации и порядку, в котором каждый знал свое место. Любовь, проявления душевной заботы между родителями и детьми и между супругами ограничивались социальной дистанцией между поколениями и полами. В 18-19 веках 7-8 - летние дети считались “маленькими взрослыми” и часто отсылались в другие семьи в качестве прислуги или в школьные интернаты. Заключение брака и рождение детей основывалось, прежде всего, на экономическом принципе и законе, согласно которому мужа, в отличие от жен, имели почти неограниченные права. Жены находились в подчиненном положении. Такое положение санкционировалось не только законами, но и религией, а также принятыми в обществе нормами. Церковь в традиционном обществе ограничивала сексуальность, разрешая сексуальные отношения только в браке с целью продолжения рода, мотив получения удовольствия исключался.

В модернистском обществе значение интимности и эмпатии в межличностных отношениях, особенно внутри ядерной семьи, между супругами, родителями и детьми возрастает. Семейная среда становится изолированной, во многом приватной крепостью, защищенной от внешних вмешательств посторонних структур, в том числе государственных и религиозных институций. В

благополучных обеспеченных семьях среднего класса создаются хорошие условия для прогрессивного воспитания и обучения детей, приобретения ими разносторонних знаний в обстановке родительской любви и заботы. В целом индивидуум модернистского общества имеет реальные шансы выхода из системы ограничений и запретов традиционной культуры.

Модернистская концепция воспитания детей предполагает наличие у родителей чувства ответственности за формирование характера ребенка. К сожалению, в реальности дети часто лишаются родительского контроля. Они очень рано осознают свои права, их поведение далеко не всегда соответствует общепринятым нормам и правилам, становится агрессивным, бескомпромиссным. Дети не всегда понимают отрицательные последствия своих действий. Прививаемые ребенку чувства, самооценка его социального «Я» и оценка своих родителей, в особенности матери, хотя и делается не всегда правильно, но воспринимается им как зрелая и соответствующая истине. Это, с точки зрения Harris, опасно и “напоминает вручение заряженного револьвера в руки ребенка пятилетнего возраста”. Автор полагает, что родительское, и в особенности, материнское чувство ответственности за формирующийся характер детей превышает возможности родителей и детей и наносит как тем, так и другим, серьезное психологическое повреждение. Если лица, осуществляющие первичную заботу о детях, воспринимают особенности их характера как оценку своей собственной компетентности, то тем самым они ввергают себя в состояние парализующего сомнения в последней.

Известный европейский социолог Zygmunt Bauman отмечает, что модернистская культура уже содержит в себе элементы постмодернизма, которые легко развиваются на ее почве. К ним автор относит два ключевых компонента: капитализм и изолированный индивидуум. Капитализм господствует во всем мире и объединяет его, а люди, живущие в таких условиях, чувствуют себя в них изолированными и

чужими, оставаясь наедине со своим self'ом. Таким образом, в то время, как мир объединяется и унифицируется в связи с универсальным влиянием капитализма, сфера взаимопонимания и межличностной эмпатии сжимается как шагреновая кожа до размеров одного индивидуума. Человек становится чужим среди чужих для него других.

Постмодернистское общество, по сравнению с модернистским, предъявляет более жесткие требования к психической адаптации, в связи с лавинообразно нарастающими изменениями в социальных, психологических, эмоциональных, экономических, культуральных областях.

По мнению Giddens, изменения имеющие место в постсовременном обществе особенно значительно сказываются на частной жизни, семейных отношениях, коммуникациях внутри членов ядерной и большой семьи.

С середины 60-х годов в Европе произошла дестабилизация «нормальной семьи», понимаемой в традиционной культуре, как ведение домашнего хозяйства семейной парой с большим количеством детей. Наблюдалось снижение рождаемости, уменьшение количества людей вступающих в брак, увеличение количества разводов в 3-4 раза. Уменьшение средних размеров домашнего хозяйства, наряду с увеличением численности населения, связано с процессом, который Кеуррн называет «сингуляризацией жизни» - увеличением тенденции к уменьшению семьи, с тенденцией к одинокой жизни. В последние десятилетия в обществе имеет место ярко выраженная тенденция перехода от многогенерационной семьи к семье с дугенерационной основой, от семьи с большим количеством детей к семье с одним ребенком или вовсе без детей, от относительно прочной семьи на всю жизнь к временным отношениям, от полной семьи *kratchwork* (лоскутной) семье. Семья определяется как *patchwork* семья, если в ней место одного из супругов занимает мачеха или отчим. Что касается детей, то здесь много вариантов: мачеха или отчим могут приводить с собой детей, или дети уже есть в семье, дети могут приходиться на



выходные дни или быть рожденными во вновь созданной семье. Точной статистики patchwork семей нет, но есть данные, что в Европе каждая седьмая семья относится к patchwork семье. Разрушились социальные нормы, обеспечивающие монополию семьи и брака, ослабели механизмы социального контроля отклонений от семейной и сексуальной морали.

С одной стороны, индивидуализация отделяет мужчин и женщин друг от друга, с другой – толкает друг к другу, так как, наряду, с притязанием на собственную жизнь и самостоятельность имеет место ностальгия по близости, потребность в понимании и сопереживании. Вместе с ослаблением традиционных семейных отношений появляются правила и условия партнерства. Семьи, в которых это не удается сделать, как правило, разрушаются. Постмодернистские тенденции экономического и общественного развития направлены против традиционной семейной структуры и динамики. Правила и законы развитых стран ориентированы больше на индивидуума, чем на семью. Они предусматривают распределение труда, образование, которые, в противоположность с традиционной моделью, требуют повышенной готовности к мобильности.

Нарастает тенденция к разрушению традиционной семьи. Согласно Веck, до конца додуманной модели современного рынка соответствует безбрачное общество. Каждый должен быть самостоятельным, свободным для требований рынка, чтобы обезопасить свое экономическое существование. Субъект рынка в конечном итоге – одинокий индивидуум, не отягощенный партнерством, супружеством или семьей. Осуществленное рыночное общество также безбрачное общество, так как дети вырастают при мобильных одиноких матерях и отцах, отдельно воспитывающих детей.

Веck выдвинул тезис «толчка индивидуализации», который произошел в связи с вышеупомянутыми процессами в обществе. Автор назвал новое общество «обществом риска» «На фоне сравнительно высоких материальных жизненных

стандартов, значительных социальных гарантий, люди в историческом разломе континуума оказываются выброшенными из традиционных классовых традиций и гарантированной поддержки семьи, усиливается опора только на самих себя с индивидуальной судьбой на рынке труда с его шансами, опасностями и противоречиями».

Постмодернистская культура является во многом культурой потребления. Приобретение товаров (шоппинг) приобретает особый психологический смысл, становясь способом самоопределения. Идентичность определяется во многом идентичностью потребителя. В отличие от модернистской культуры, лозунгом которой была идентификация с тем, что человек делает, появляется идентификация с тем, что человек приобретает.

Gergen описывает «смерть self'a» в современном мире, по крайней мере, той его части, которая не в состоянии покоряться, требуемой обществом «пластичности». По его мнению, общество отвергает индивида, имеющего для всех случаев «один стиль»; такая личность «ограничена, узколоба и не гибка». В постсовременном обществе нужно быть в потоке постоянного движения. Множество обязанностей, ожиданий сочетается с недостатком времени, которое становится самым дефицитным товаром.

Gellner представляет человека постсовременного общества как «модульного». Используется метафора из мебельной индустрии, где создание новых образцов мебели сводится к модульной сборке, когда любая часть может легко встраиваться и заменяться. Модульный человек с его «ИКЕА-идентичностью» теряет стабильный характер и становится личностью с мобильными, легко заменяющимися качествами. Такая личностная модель хорошо приспособляется и хорошо функционирует в постсовременном флюидном обществе.

Постсовременный мир непостоянен, эпизодичен и случаен. То что сегодня принято считать «безусловно правильным» завтра оказывается анахронизмом, теряет свое

ценностное значение, имеет место онтологическая неуверенность. Теряются критерии общепринятых систем ценностей, точек зрения, стилей поведения, объектов идеализации. Психосоциальные процессы постмодернизма приводят человека к изоляции от социума с возникновением страха аннигиляции, отсутствия существования, «паники на фоне обломков».

Постмодернистское общество отрывает человека от природы, от его психобиологической идентичности. Ослабление или потеря признаков базисной гендерной идентичности вызывает нарастание психологического дискомфорта, рост психоэмоционального напряжения, развитие тревоги и «растекающегося страха». Эти эмоциональные состояния мешают становлению зрелой идентичности, провоцируют возникновение психологических защит, которые, несмотря на временное облегчение, приводят на длительную дистанцию к прогрессированию деструктивных изменений, тем самым становясь отдельно трудно разрешаемой проблемой.

Родители, в основном мать, в постмодернистской культуре объективно не способны во многих случаях обеспечить условия нормального формирования спаянной идентичности у ребенка. Это связано с ранними нарушениями психобиологического материнско-младенческого симбиоза, достаточно длительная сохранность которого является обязательным условием нормального развития. Большинство матерей в постсовременном обществе оказываются настолько загруженными работой, чувством социальной ответственности, заботами повседневной жизни, необходимостью принятия жизненно важных решений, что они не в состоянии устанавливать полноценный интерсубъективный контакт с младенцем во время кормления и осуществления заботы. Младенец, согласно Sternна интуитивном эмпатическом уровне воспринимает психоэмоциональное напряжение, озабоченность, раздражительность и другие эмоциональные негативные

состояния матери как угрожающие его жизни. Они влияют на ощущение витальной безопасности как сигналы, нарушающие состояние психологического комфорта. Особенно неблагоприятен вариант, когда описанные взаимодействия между матерью и ребенком приобретают часто повторяющийся хронический характер. Блокирование формирования зрелой, спаянной идентичности в таких случаях становится очень вероятным.

Данная модель родительско-детских отношений типична не только для семей, открыто пренебрегающих ребенком или проявляющих насилие, но и для внешне формально безупречных, даже зачастую престижных семей постмодернистского общества, в которых ребенок ни в чем материально не нуждается, но заботу о нем осуществляют преимущественно случайно приходящие сменяющиеся люди (няни, бэби-ситтеры). Ситуация еще более ухудшается в неполных семьях, в семьях, в которых имеет место насилие над ребенком, отчуждение, неадекватные стили воспитания со ставкой на лидера, с предъявлением непомерных требований, гиперопекой, гипоопекой.

Значительное отрицательное воздействие, часто встречающееся в воспитании детей в постсовременном обществе, имеет воспитание, внедряющее в психику ребенка чувство стыда, которое интернализуется (усваивается), становясь органической частью психики. Чувство стыда, в отличие от чувства вины, не имеет четкой предметной, ограниченной конкретным действием проекции, а направлено на собственное Я, на собственный self. Чувство стыда, включает, прежде всего, ощущение собственной неадекватности, дефицитарности. Оно определяет отношение к своим действиям и внутренним переживаниям на основе отрицательной самооценки. Базисная отрицательная самооценка распространяется на действия, ведущие не только к отрицательным, но и положительным результатам. Положительные результаты, достижения рассматриваются как «недостойные», случайные или малозначимые, в то время как

отрицательные оцениваются значительно хуже их объективного значения. Чувство стыда связано с воображаемой оценкой себя и своих действий со стороны других. Заранее предполагаемая отрицательная оценка себя распространяется на все поступки, принимаемые решения, поведение в целом. Подобная субъективная оценка усиливает отрицательное отношение к себе и интенсифицирует чувство стыда. Присутствующее в психике чувство стыда, таким образом, исключает возможность установления эмпатического контакта, и тем более вхождение в эмпатическое созвучие с окружающими.

Дети по-разному оценивают подобные ситуации. В случаях, если они носят хронический повторяющийся характер, обычно они обвиняют себя в родительском невнимании, считая, что их собственные недостатки объясняют это невнимание. В результате формируется комплекс низкой самооценки, невозможности быть интересной для кого-либо, невозможности установления длительных, глубоких эмоциональных отношений, формируется страх одиночества с невозможностью надеяться на установление сколько-нибудь прочных отношений с другими людьми.

В процессе формирования гендерной идентичности в традиционном обществе имела место четкая ориентация мальчиков на маскулинную модель, содержанием которой являлась сила, власть, доминирование, выполнение функции главы семьи, ее кормильца и защитника. Содержанием фемининной модели для девочек являлись мягкость, подчиняемость, эмоциональность, выполнение в семье роли матери и домохозяйки.

В переходном периоде к модернистскому и постмодернистскому обществу происходит разрушение многочисленных традиционных образцов регулирования отношений мужчин и женщин, на смену традиционной семье, предусматривающей наличие обоих родителей и детей, приходят новые разнообразные формы семейной жизни, с

отсутствием одного из родителей, появлением нового партнера противоположного или того же пола и другие варианты. Подобная ситуация приводит к затруднению процесса формирования четкой гендерной идентичности.

Эти затруднения уходят в ранний период развития, когда дети обоих полов не видят четких моделей мужественности и женственности на примере своих родителей. Это связано со многими факторами. Остается значимым фактор преимущественного воспитания детей матерью. Мальчики неизбежно идентифицируют себя также как и девочки с матерью, усваивая ее стиль поведения, эмоциональное реагирование, жизненную ритмику в целом, что приводит к ослаблению биологической маскулинной идентичности. Часто отсутствующий отец сравнительно меньше влияет на гендерную идентичность, несмотря на идентификацию с ним, характерную для эдипального периода. Кроме того, как указывает Ross, общая маскулинная идентификация в настоящее время также ослаблена. Мужественный, так называемый «Marlboro тип», потерял свою привлекательность, и мужчины предпочитают демонстрировать для окружающих ряд черт, традиционно считающихся женственными: мягкость, склонность к взаимопониманию, социальная активность, эмоциональность.

Гендерная идентификация девочек как исключительно женская также затруднена в связи с тем, что профессионально задействованная мать проявляет ряд до сих пор считающихся в обществе мужественными черт: принятие решений, самостоятельность, стремление к доминированию в социальных отношениях.

Став взрослыми, женщины вновь сталкиваются с проблемой изменений гендерной идентичности. Изменения в обществе, выражающиеся в плюрализации форм жизни, формировании новой социальной структуры общества, переоценке ценностей, в изменении приоритетов в пользу работы и карьеры, приводят к новому восприятию женщинами своей гендерной идентичности.

В профессиональной сфере женщины все больше осваивают профессии, которые считались традиционно мужскими. Уже никого не удивляет женщина - водитель такси или женщина – сотрудник полиции. Современные женщины все чаще занимают руководящие позиции и ставят карьеру в центр своей деятельности. Идеальный образ современной женщины, который можно увидеть в героинях популярных сериалов и ведущих телевизионных программ - независимая, уверенная в себе, успешная бизнес-леди.

Тем не менее, несмотря на то, что муж, дети и домашнее хозяйство не являются, как прежде единственной сферой занятости женщины в обществе, ситуация с женщиной, сделавшей карьеру при отсутствии семьи, также не приветствуется в обществе. Существует мнение: «не иметь мужа не престижно».

Таким образом, чтобы соответствовать идеальному имиджу современной женщины, желательно сделать успешную карьеру и оставаться заботливой одновременно матерью, хорошей женой и хозяйкой дома. В реальной жизни это вряд ли многим удастся. Тем более, что высокая конкуренция на рынке труда, необходимость постоянного совершенствования себя в профессии требуют большой и постоянной включенности в работу.

Будучи раздираемой противоречащими и несовместимыми установками, женщина постсовременного мира оказывается в крайне трудной психологической ситуации. С одной стороны, она должна соответствовать требованиям, выдвигаемым постсовременным обществом: быть конкурентоспособной, уметь приспосабливаться к быстро изменяющимся условиям в ее профессиональной жизни, усваивать новые навыки, справляться с нарастающим информационным потоком, быть коммуникабельной, активной в социальных ситуациях, мобильной, поддерживать на высоком уровне свой профессиональный и социальный престиж. С другой стороны, она не должна терять свои традиционные женственные качества: обладать эмпатией,

выступать в роли жены, матери, воспитывать детей, проявлять мягкость, иметь чувство сопереживания, способность к интимности, быть интуитивной и творчески продуктивной. Стремление соответствовать такому идеальному образу на бессознательном и частично осознаваемом уровне присутствует в психике многих постсовременных женщин.

Однако в реальности достижение такого идеала находится вне границ возможного, что является источником неудовлетворенности собой, постоянного психического напряжения. В социальных контактах это проявляется раздражительностью, нарушением концентрации внимания, дисфорией, нарушением ролевого поведения и соответствия идеальному образу.

Формируются отрицательные эмоциональные нарушения с тенденцией к длительному течению. К ним относятся вырастающие из психологического дискомфорта депрессивные состояния, свободно плавающая тревога, ипохондрические развития. Сформировавшееся психическое состояние в целом крайне дискомфортно, что обуславливает стремление любым путем от него избавиться. Эти условия являются идеальными для возникновения аттачмента по отношению к воздействиям, элиминирующим или изменяющим это психическое состояние. Такие воздействия часто включают стимулы, обладающие способностью приводить к формированию аддиктивного процесса. Фиксация (аттачмент), прежде всего, может возникать по отношению к потенциально аддиктивным агентам, таким как алкоголь, еда, шопинг, интернет. Возможен также вариант, когда аддиктивным стимулом становится сама профессиональная деятельность, работа как таковая в широком смысле. В случаях отсутствия ожидаемого профессионального успеха и невозможности реализации себя в традиционных женских ролях ситуация может приобрести чрезвычайно драматический характер. Развиваются экзистенциальные депрессивные состояния и/или синдром эмоционального выгорания. Свои эмоциональные проблемы женщины



переносят на отношения с детьми. Дети чувствуют себя отверженными, ненужными, малоценными, что значительно повышает риск самоповреждающего и суицидного поведения.

Особое значение в постсовременном социуме приобретает феномен хронической нехватки времени. Все чаще возникают и становятся естественными ситуации, когда люди, находящиеся в дружеских отношениях и симпатизирующие друг другу, обнаруживают, что у них нет времени собраться вместе по какому-то случаю, отметить какое-то событие, значимую дату, чей-то день рождения, праздник, просто провести вечер во взаимном общении. Не хватает времени для просмотра интересных фильмов, посещения выставок, чтения художественной литературы. Его не хватает даже для самого себя, для самоанализа своих мотиваций, целей, ценностей и способов их достижения. Нет времени разобраться в обстановке, в себе, избавиться от необходимости подчиняться навязываемым социумом неприемлемым суггестиям, найти свой путь в жизни, научиться управлять своей жизнью и отношениями с окружающими.

Феномен нехватки времени особенно деструктивен в случае его распространения на исполнение родителями, и, прежде всего, матерью функции психобиологически адекватного воспитания, что является в постмодернистской культуре главной причиной материнской депривации.

Известно, что в самом раннем периоде жизни нуждаемость младенца в симбиотических отношениях с матерью или другим человеком, осуществляющим заботу о нем, чрезвычайно велика. В нормальных условиях в последнем триместре беременности мать постепенно все в большей степени фиксируется на еще не родившемся ребенке, пренебрегая многими психосоциальными функциями, в том числе, в определенном смысле фактически отказываясь от своего прежнего я, от прежней идентичности. В этом периоде жизнь матери подчинена ребенку, удовлетворению его потребностей, что особенно выражено у эмпатической,

интуитивной матери. Если мать недостаточно интуитивна, переживает состояние стресса, страдает каким-либо психическим нарушением, этого не происходит. Младенец не получает необходимого “обратного питания”, обратной связи, что нарушает его психическое развитие уже на этом раннем уровне развития.

Наличие симбиотических отношений с матерью необходимо для младенца и в течение первых месяцев после рождения. Выход из симбиоза и развитие сепаратности должны быть постепенными, плавными, не травмирующими ребенка. В противном случае психическое развитие ребенка и формирование его характера также блокируются. В целом, такое нарушение психобиологической связи можно диагностировать как “раннее отбрасывание” или “отказ”. Возникают условия для последующего развития ряда отклонений. Последние, очевидно, включают как формально диагностируемые психические расстройства непсихотического уровня (например, расстройства личности), так и феномены, относящиеся повреждающим дисфункциям (импульсивность, эмоциональная недостаточность, потребность в возбуждении и др.).

Присущая постмодернистскому обществу тревога в быстром потоке непрерывных изменений приобретает другое, в сравнении с модернистским периодом, содержание. Феномен тревоги в постмодернистской культуре ассоциируется с неуверенностью, которая “пронизывает все аспекты каждодневной социальной жизни, оказывая особенное влияние на чувство идентичности”. Тревога в постмодернистском обществе является наиболее часто диагностируемым синдромом. Pitchot подчеркивает, что в настоящее время тревога все чаще протекает без ремиссий, приобретает хронический характер и провоцирует возникновение таких осложнений, как аддикции и депрессивные состояния.

Следующая особенность постсовременной культуры заключается в росте значимости средств массовой

информации и центральном значении телевизионной коммуникации в жизни человека. По мнению Altheide, сама культура воплотилась в своей форме и в своем содержании в средствах массовой информации. Бесконечная череда бессодержательных, не вызывающих особого зрительского интереса имиджей неизбежно вызывают чувство отстраненности и удаленности от всего происходящего на экранах. Длительное пребывание в виртуальной телевизионной реальности приводит к изменению переживания категорий времени и пространства. Стирание границ между реальностью и фантазией, между серьезностью и развлекательностью приводит к фрагментации и дезорганизации сознания и создает условия для развития психических нарушений с шизофреноподобной клинической картиной.

Особенности, присущие постсовременному обществу, создают объективные условия для возникновения различных психологических и психических нарушений. Речь идет, с одной стороны, об увеличении количества некоторых ранее диагностируемых расстройств, с другой, – о появлении не входящих в принятые классификаторы (DSM – IV, ICD -10) нарушений. К последним относятся, в частности, “приносящие вред дисфункции”, теневые синдромы, личностные нарушения у детей и подростков, нарушения дефицита внимания, феномен “нормотической личности”, синдром выгорания, синдром недостаточности аттачмента, диссоциогенная идентичность, и др. Ряд перечисленных состояний характеризуется высоким риском самоповреждающего и суицидного поведения.

## **Глава 2. Аддиктивное поведение и суициды**

Описанные в предыдущей в главе процессы общественного развития требуют особых усилий для адаптации человека к современной жизни. Нарушения адаптации объективно приводят к росту отклоняющего и аддиктивного поведения.

Аддикции определяются как уход от реальности, достигаемый посредством изменения психического состояния. Изменение психического состояния происходит в результате приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций. Процесс употребления того или иного вещества, изменяющего психическое состояние, привязанность к предмету или участие в активности, принимает такие размеры, что начинает управлять жизнью человека, делает его беспомощным, лишает воли к противодействию аддикции. Фиксация, может возникать по отношению к потенциально аддиктивным агентам, таким как алкоголь, наркотики, еда, просмотр телевизионных программ, азартные игры, шоппинг, интернет. Аддиктивное поведение относится к категории аутодеструктивных процессов, т.е. в процессе употребления и злоупотребления алкоголем и наркотиками человек разрушает свое психическое и физическое здоровье. В состоянии алкогольного или наркотического опьянения могут возникать неконтролируемые сознанием импульсивные действия, которые проявляются, в частности, в суицидном поведении. Особенно часто саморазрушительное поведение возникает в сочетании с процессными (нехимическими) аддикциями, такими как Интернет-зависимость, пищевые аддикции, аддикции к экстремальным видам спорта, азартные игры.

### **Специфика Интернет аддикции**

Среди наиболее интенсивно распространяющихся в постсовременном обществе социально значимых аддикций особое значение имеет Интернет аддикция.

В последнее десятилетие Интернет аддикция приняла катастрофическое распространение, захватывая все большие слои общества, включая, прежде всего, детей и подростков. Это положение не является прерогативой современной России, оно характерно для многих, в первую очередь развитых стран. Так, в США, в связи с актуальностью проблемы, в последнюю декаду возникли подразделения внебольничной терапии Интернет аддикции. В Центре реабилитации Интернет аддиктов, были сформированы специальные группы поддержки для студентов с Интернет аддиктивными проблемами.

Первое исследование по Интернет аддикции появилось в 1996 г. Оно было представлено К. Young в виде постерного сообщения на конференции Психологической Ассоциации в Торонто. Описывались характеристики 600 пользователей Интернета, которые обнаружили клинические признаки аддикции. В дальнейших исследованиях изучались частота Интернет аддикции, особенности поведения зависимых от Интернета лиц, проводился поиск причин развития Интернет аддикции, роль в ее возникновении социальных и культуральных факторов. Группа ученых из Стэнфордского Университета установила, что один из восьми американцев обнаруживает признаки Интернет аддикции.

В работе, проведенной в Финляндии, Соорег приводит данные о том, что при использовании вопросника, разработанного Young, среди лиц в возрасте от 12 до 18 лет 4.7% девочек и 4.6% мальчиков можно было диагностировать как Интернет аддиктов. Согласно данным Cuietal. подростковые Интернет аддикты в Китае составляют от 9.7 до 11.06% от общего количества пользователей.

Для понимания механизмов формирования Интернет аддикции важно установить, что делает Интернет настолько привлекательным, что пользователь легко переходит границы его технического использования. Исследования обнаруживают разнообразные причины: использование Интернета как средства развлечения, ухода от реальности, как инструмента

реализации неудовлетворенных психологических и социальных потребностей. Во всех этих процессах мир Интернета крайне привлекателен и качественно отличается от мира вне нахождения в Сети. Suler ввел термин *onlinedisinhhibitioneffect* (онлайн дисингибиционный эффект). Автор описывает составляющие этого эффекта, которые объясняют привлекательность Интернета: 1) вы не знаете меня и не можете меня увидеть (анонимность), 2) мы можем встретиться позже (относится к пониманию, что последствий онлайн информации можно избежать (разграничение между действительностью и фантазией), просто выйдя из программы или выключая компьютер, 3) это все происходит в моей голове, просто такая игра. Линия разграничения между реальностью и фантазией часто трудно определяется, 4) равенство партнеров. В реальном мире социальная позиция определяет правила и роли в отношениях. Интернет позволяет выйти из иерархической системы и занимать равноправную позицию, вне зависимости от реального социального статуса, экономического положения, пола, возраста и др.

Кроме дисингибиции, другое психологическое изменение во время длительного нахождения online заключается в феномене деиндивидуализации. Термин был введен Zimbardo и отражает чувство анонимности, которое выражается в возникновении поведения, отличающегося от обычного. Johnson, Downing пришли к заключению, что анонимность сопровождается большей ориентированностью на внешние триггеры и меньшей на самосознание и внутренние стимулы. Концепция авторов распространялась на оценку влияния постоянного использования электронной почты. McKenna, Green писали, что “люди проявляют тенденцию вести себя более тупо, общаясь по электронной почте..., чем в ситуациях лицом к лицу”. Сочетание дисингибиции с деиндивидуализацией, по мнению Delmonico, Griffin, считают, что обследование на наличие Интернет аддикции следует проводить у всех пациентов с тревожными расстройствами, нарушениями настроения, а также

сексуальными импульсивными расстройствами. Эти пациенты часто прибегают к использованию Интернета в качестве способа “самолечения” и в то же время зависимость от Интернета может быть причиной обострения их базисных психических нарушений.

Greenfield установил, что около 6% тех, кто использует Интернет, делают это компульсивно, что приводит к серьезным отрицательным последствиям. Автор подчеркивает, что Интернет, в его различных формах, является средством, обладающим разнообразными аддиктогенными свойствами, в том числе способностью вызывать рост толерантности и развитие симптомов отнятия. Последние обычно выступают в форме тревожности и повышенной раздражительности. Многие пациенты сообщают о таких симптомах при прекращении или сокращении времени использования Интернета.

Greenfield применяет по отношению к Интернету свой критерий аддикции, сокращенно называемый DIAR: Desiretostop, Inabilitytostop, Attemptstostop и Relapse (Желание остановиться, Невозможность остановиться, Попытки остановиться, Рецидив). В дополнение к толерантности и симптомам отнятия DIAR по мнению автора, является четким маркером Интернет аддикции.

Интернет аддикция характеризуется тем, что, несмотря на ее нехимический характер, она включает отчетливые признаки повышения толерантности и синдрома отнятия. Эти признаки очень напоминают симптомы отнятия при химических аддикциях (наркомании, алкоголизм). Известно, что аддиктогенный потенциал химического вещества усиливается скоростью его прохождения в кровяное русло. В случае Интернет аддикции короткий латентный период между “кликанием” и получением дигитальных образов, а также легкая доступность пользования повышает аддиктивный потенциал, включая выраженность симптомов отнятия.

Содержание симптомов отнятия при Интернет аддикции индивидуально, но оно почти всегда включает

словесный протест при отстранении от Интернета. Особенно, если это отстранение происходит по инициативе родителей или близких людей. Протест сопровождается эмоциональным возбуждением, ощущением потери чего-то очень важного. Могут возникать реакции гнева, обиды, стремление отомстить за лишение столь желанной активности. Характерны попытки шантажа и манипуляции. У детей и подростков часто активизируется поведение общего неподчинения, вербальная и даже физическая агрессия (разрушение предметов, повреждение игрушек), отказы делать домашние задания, выполнять различные обязанности.

Симптомы отнятия включают усиление тревоги, раздражительности, что разворачивается на фоне чувства социальной изоляции. Специфической особенностью Интернет аддикции является то, что при ней невозможно добиться полного воздержания. Современные условия практически не позволяют длительное время избегать использования Интернета. Требования полного отказа от Интернета, в отличие от традиционно требуемого воздержания при алкогольной, наркотической зависимости, здесь практически нереалистичны. Приходится ограничиваться достижением статуса умеренного пользователя, называемого Greenfieldconsciouscomputing (сознательное использование Интернета). Сознательное использование подразумевает применение Интернета в основном в технических, необходимых для обучения и работы целях. Оно включает достаточную степень самоконтроля и временные ограничения. Подходы к коррекции должны ориентироваться на формирование и восстановление более ограниченного использования. Осознание проблемы аддиктами и критическое отношение к ней являются решающими факторами в терапии.

Интернет содержит в себе множество легко доступных аддиктогенных (вызывающих на себе фиксацию) содержаний. Наиболее привлекательными из них в настоящее время являются секс и видео компьютерные игры. Широко используются музыкальные темы, спорт, шоппинг, бизнес



информация. Согласно Young, наибольшей аддиктогенностью (способность вызывать зависимость) обладают содержания, вызывающие эффект удовольствия.

Достижимость Интернета резко повысилась в связи с появлением смартфонов, I-фонов и других портативных приборов. Эти устройства создают иллюзию большой свободы выбора, однако, имеет место парадокс: чем шире возможности выбора, тем больше стресса. Процесс нахождения того, что желаемо, часто требует много времени и большой концентрации внимания.

В Интернете чрезвычайно привлекательным является возможность для индивидуума переживать свои нераскрытые в реальной жизни потенциалы, расширить и усилить их в различных фантастических сценариях, перестраивать в желаемом направлении свое ролевое положение. Сексуальное содержание имеет особое значение.

Аддиктивность гэмблинга и секса значительно усиливаются в случаях их комбинации с Интернетом. Новые возможности множественного участия с помощью Интернета в интерактивных играх и общении оказываются также очень аддиктогенными (вызывающими зависимость).

Сила психологического воздействия Интернета заключается в том, что последнее происходит не только на сознательном, но и на бессознательном уровне. При использовании Интернета создаются особые условия для потери привычного самосознания, выпадения из потока времени. Suler обнаружил, что до 80% пользователей Интернета теряют при нахождении onlineчувство времени и пространства.

В исследовании Aboujuoudeaeetal. отдельно выделяется использование Интернета как средства ухода от неприятных проблем и облегчения отрицательных эмоций. Интересно, что изменяющий сознание и настроение эффект Интернета напрямую не связан с его содержанием и возникает при различных сценариях, включая игры, секс, шоппинг.

Повсеместная и постоянная доступность Интернета в его различных формах, возможность gratification интеллектуальных, эмоциональных, коммуникативных потребностей делает Интернет внеконкурентным средством лавинообразно растущего использования.

Виртуальная Интернет реальность зазеркалья быстро становится значительно более привлекательной, чем окружающая действительность. Находясь в зазеркальном мире, Интернет аддикт отвлекается от обязанностей, ответственностей реальной жизни и старается как можно дольше находиться в таком состоянии. Greenfield считает, что такая психологическая инерция нахождения в Интернете часто переживается как приятное состояние, как форма постоянного удовлетворения. В определенном смысле при этом “мысль становится реальностью, а мышление по желанию становится ловушкой”, в которой аддикт увязает, все более отрываясь от реальности.

Интернет серьезно вторгается в сферу межличностных отношений. Имеет место разнонаправленный эффект. Интернет одновременно может приводить к нарастанию социальной изоляции пользователя и в то же время способен усиливать его социальную вовлеченность в границах предлагаемых виртуальной коммуникацией. Интернет аддикт во время нахождения онлайн получает притягательную возможность участия в контролируемой им социальной коммуникации, что сопровождается снижением интереса к межличностным контактам в реальной жизни. Погружение в Интернет в сфере социальных контактов приводит к потере навыков социального общения, необходимых в каждодневной жизни. Постепенно становится все труднее преодолевать барьер, препятствующий налаживанию необходимой коммуникации. Процесс наиболее неблагоприятен у аддиктов с исходными проблемами трудностей социального общения, в связи с выраженной интравертированностью или социальной фобией. Интернет привлекает минимизацией ответственности, возможностью в любой момент прервать контакт, проявлять

себя в любой придуманной роли с изменением своего социального статуса, образовательного уровня, возраста, пола.

Стремление к социальным отношениям, которое является, как известно, одним из основных драйвов, с которым человек рождается и проживает всю свою жизнь, впервые получило в Интернете качественно новую форму реализации. Положительный и отрицательный потенциал этого явления несомненен. Он таит в себе многие нераскрытые возможности, неожиданные воздействия на личностное развитие в постсовременном мире.

В ракурсе отрицательных длительных последствий погружение в Интернет галактику достаточно образно высказывался Stoll: “это нереальная Вселенная, растворяющаяся субстанция Ничто. В то время как Интернет заманивает, ярко соблазнительно высвечивает образ знания, его пустота соблазняет нас отдавать ей реальное время. Эта виртуальная реальность – плохой заменитель действительности, в которой, во имя святых понятий Образования и Прогресса, важные аспекты человеческих взаимодействий безжалостно девальвируются”.

В то же время возможности Интернета свидетельствуют об обратном. Отчаявшиеся, неспособные реализовать себя в постмодернистском обществе, социально изолированные люди находят в онлайн группах поддержку, понимание и утешение, эмоциональную теплоту со стороны совершенно незнакомых, находящихся возможно на других континентах людей. Такая поддержка, несмотря на ее виртуальный характер, оказывается необходимой для избавления или хотя бы смягчения чувства экзистенциальной бессмысленности, активизации угасающего инстинкта выживания, интереса к жизни, а иногда и пробуждения религиозного чувства.

Постсовременная культура насыщена Интернет технологиями, и жизнь каждого человека находится в поле их постоянного воздействия. Современный человек живет в “социальной фабрике” Интернета, все более доступного с

помощью лаб-топов, мобильных и смарт телефонов. Популярная культура Интернета стала преобладающей и ее усвоение превратилось в один из элементов повседневной жизни.

Аддиктогенные свойства Интернета, его способность вызывать развитие зависимости, несомненны. Однако, никому не приходит в голову бороться с возникновением Интернет зависимости посредством запрета его использования. Меры ограничения возможности развития Интернет зависимости необходимы, но они не находятся в поле фиксации на запретах. При этом следует иметь в виду, что далеко не все пользователи Интернета становятся жертвами Интернет аддикций. К последнему неблагоприятному варианту предрасполагают индивидуальная предрасположенность и провоцирующие психосоциальные факторы. Предупредительные меры должны ориентироваться на учет индивидуальной ранимости, чувствительности, специфических и общих средовых факторов. Акцент следует делать не на запрете, а на умеренном пользовании, ограничениях во времени, устранении патологического использования. Griffiths, Davis находят, что зависимость от Интернета возникает в то время, когда пациенты лишаются или исходно не имеют социальной и семейной поддержки.

В коррекции развивающейся зависимости подростков нужно обучать умению распознавать проблему развивающейся зависимости, осознавать, как много времени они впустую затрачивают в Интернете. Полезно находить другие доступные, доставляющие удовлетворение активности, формы конструктивного поведения, направленные на достижение реальных целей. Интернет аддиктам можно предложить вспомнить все прежние увлечения, хобби и другие интересы, от которых они отказались в связи со временем, проводимым онлайн. В список потерь нужно включать упущенные возможности обучения, приобретения полезных навыков. Размышление над таким списком может быть эффективным для мобилизации внутренних резервов

преодоления аддиктивного маршрута и повлиять на процесс принятия продуктивных решений. Значимым фактором является появление ностальгии по прошлому доаддиктивному опыту.

Коррекция Интернет зависимости включает реорганизацию времени с заполнением интервалов “ничегонеделания”, отсутствия какой-либо продуктивной активности. Имеет значение разрушение стереотипа использования Интернета посредством организации круга общения с обсуждением текущих проблем, приема гостей, просмотра новостей, посещения развлекательных мероприятий, путешествий и др. Имеет смысл использование предупредительных сигналов (звонок, будильник), предупреждающих о слишком долгом нахождении в Интернете и необходимости переключиться на другую активность, в ночное время погрузиться в сон.

В связи с этим следует подчеркнуть, что Интернет аддиктивнаблюдается проблема потери чувства времени. Аддикты не замечают, как долго находятся в системе онлайн, чувствуют себя в потоке с нарушением биологического ритма. Поэтому полезно использование маркеров, отвлекающих внимание аддикта через определенные короткие интервалы.

В ряде случаев может быть эффективным прекращение посещения определенных сайтов (например, YouTube, Facebook) с переключением на другие содержания (новости, электронная почта, познавательные программы). Опыт показывает эффективность использования специальных карточек, в которых записаны основные отрицательные последствия Интернет зависимости.

В настоящее время лавинообразно нарастает количество родителей, обеспокоенных чрезмерной заинтересованностью детей и подростков различными формами активности в Интернете. Это явление очень типично для стран с широко представленной постсовременной культурой. В США среди 31 млн. подростков 90% имеют

доступ к Интернету. По данным Lenhartetal. почти 50% подростков пользуются Интернетом у себя дома. Доступ к Интернету осуществляется также в школах или домах друзей. Eastin находит, что подростки используют Интернет для получения информации с развлекательной целью и для коммуникаций. Развлекательное использование включает участие в видеоиграх, просмотре кинофильмов и в прослушивании музыки.

С целью общения подростки используют электронную почту, участвуют в чатах. Меньшее количество подростков пользуется Интернетом для поиска информации, помогающей улучшить самооценку или избавиться от отрицательных эмоций. Подростки устанавливают в Интернете контакты со своими друзьями, наряду с общением с ними лицом к лицу. Общение в Интернете расширяет тематику и содержит часто обмен конфиденциальными сообщениями, содержание которых касается приватных, скрываемых от других вопросов. К последним относятся темы, связанные с сексом, а также с агрессивными планами в отношении каких-то лиц.

Lenhartetal. обнаружили, что у 64% подростков поведение онлайн затрагивает тематику, которая по их пониманию не одобрялась бы родителями. Эти темы затрагивают употребление алкоголя, наркотиков, совершение краж, вандализм и другие. Блоги подростков содержат романтические отношения, конфликты, обиды, желание мести, самоповреждение. Создание блогов мотивируется необходимостью самовыражения и стремления поделиться сокровенными личными переживаниями.

Таким образом, современное использование Интернета подростками имеет как положительные, так и отрицательные последствия. Интернет способен помочь подросткам улучшить коммуникацию и социальные взаимодействия с другими, развить и сохранить контакты со сверстниками, друзьями (например, в случае их отъезда), взрослыми, включая недостижимых знакомых и родственников. Интернет создает поле для организации новых знакомств, которые в

дальнейшем могут перейти в дружеские отношения. Нахождение в Интернете позволяет во многих случаях получить ту эмоциональную поддержку, которой очень не хватает в реальной жизни. Технология Интернета позволяет подросткам знакомиться с другими культурами и получать новую образовательную информацию. У подростков с незначительно выраженными эмоциональными нарушениями нахождение в Интернете помогает отвлечься от неприятных мыслей, тревожности, навязчивых представлений. Подростки повышают свою самооценку, демонстрируя окружающим, сверстникам и взрослым, свою осведомленность и компетентность по каким-то важным для них проблемам.

Отрицательные последствия использования Интернета относятся к факту чрезмерного вовлечения с развитием психологической зависимости и аддикции. Они включают получение ложной информации, сведений, дискриминирующих других людей, сплетен. Вред Интернета бывает непосредственно связан с получением сведений о сексуальных перверзиях, самоповреждающем и суицидальном поведении. Легкий доступ к порнографическим сайтам может приводить к излишней фиксации внимания на сексуальных вопросах и формировать нарушения сексуального поведения, включая развитие порноаддикций.

Погружение в Интернет может отрицательно влиять на семейную ситуацию. Чрезмерная увлеченность Интернетом уменьшает контакты с членами семьи, снижает взаимодействие в решении возникающих проблем, приводит к уходу от интимности, эмпатического общения, переживаний о психологическом и физическом благополучии близких. Попытки улучшить контакты, углубить уровень общения вызывают вспышки раздражения, гнева, вербальную агрессию, с упреками по поводу отвлечения от выполнения какой-то важной работы, продумывания решения и др.

Чем интенсивнее вовлечение в Интернет, тем меньше возможности поговорить на необходимые темы друг с другом. Увеличение времени нахождения в Интернете

сопровождается, как правило, ослаблением внутрисемейных связей. Увлеченные Интернетом подростки чувствуют себя все более изолированными от других членов семьи. Кроме того, возникают проблемы обучения в школе и нарастающие трудности выполнения домашних заданий.

Для подростков использование Интернета позволяет изображать себя такими, какими бы они хотели видеть себя в своем воображении и чтобы другие соответственно этому воспринимали бы их. Подростки могут формировать в Интернете свои новые виртуальные идентичности, функционировать в этом зазеркальном мире, катастрофически отрываясь от реальности, что ведет за собой поражения в межличностных, внесетевых коммуникациях.

В связи с тем, что использование Интернета в своем потенциале неоднозначно, очень важно распознавать и осознавать возможные негативные последствия и своевременно ограничивать периоды нахождения в Интернете, принимая во внимание возможности как положительных, так и отрицательных последствий.

В своевременном предупреждении отрицательных последствий использования Интернета следует обращать внимание на ранние признаки неблагополучия. К ним относятся: ухудшение успеваемости в школе, невыполнение домашних заданий, потеря интереса к прежним хобби и разным видам деятельности. Подростки с развивающейся Интернет зависимостью становятся повышено чувствительны ко всем критическим замечаниям на эту тему. Они перестают следить за своим внешним видом, у них часто меняется настроение, возникают неожиданные реакции гнева, снижается настроение. Может появляться теоретизирование о предпочтительности проведения времени в Интернете реальным контактам с прежними знакомыми и друзьями. Тенденция к подобному теоретизированию некоторыми авторами расценивается как признак предрасположенности к развитию Интернет аддикции.



Анализ использования Интернета подростками должен всегда принимать в расчет возможность, что на динамику процесса может влиять исходная недостаточность индивидуума, не только в виде интровертированных личностных особенностей, но и нарушения дефицита внимания, скрытой депрессии, социальной фобии, чувства вины, одиночества, что усугубляется родительским невниманием и отчуждением от подростков.

Специфика использования Интернета в подростковом возрасте заключается в совпадении с очень важным периодом формирования идентичности, в частности, с психосоциальным мораторием, необходимым для самоопределения и планирования своей будущей жизни. В Интернете подростки имеют большие возможности для создания новых желаемых идентичностей и социальных взаимодействий в виртуальном мире. Такой процесс во многих случаях привлекателен, особенно, если подростки чувствуют себя ущемленными в реальной действительности. Привлекательны анонимность, избавление от страха “потери лица”. Теоретически здесь существует возможность экспериментирования с различными придумываемыми ролями. Однако, постоянно присутствует опасность углубления разрыва с реальностью. Прохождение психосоциального моратория в такой ситуации может значительно затягиваться и вовсе эффективно не завершаться. В результате подростки могут стать “чемпионами” межличностных виртуальных контактов, справляться значительно лучше взрослых со сложными компьютерными задачами, оставаясь при этом беспомощными при взаимодействиях в реальном мире.

Интернет технологии все с большей интенсивностью внедряются в постсовременную культуру. Изоляция детей и подростков от Интернета нереальна, поэтому предупреждение развития Интернет аддикции целесообразно ориентировать не на запреты, а на разумное ограничение. Поскольку аддиктивное поведение обычно формируется под влиянием многих внутренних и внешних факторов, в каждом

индивидуальном случае профилактика строится на учете специфических особенностей характера подростка, преобладания экстра- или интровертивных черт. Следует анализировать особенности семейной ситуации, выявлять психотравмирующие факторы, ранние признаки развивающегося отчуждения между подростками и родителями.

Исследования Naetal. показывают, что развитие Интернет аддикции сочетается с определенными личностными характеристиками. Они включают, в частности, низкую самооценку, стеснительность, снижение внимания, импульсивность, поиск острых ощущений. Liddleetal. акцентируют внимание на полезности специального обучения членов семьи подростка навыкам общения с ним, умению прислушиваться к его потребностям, устанавливать отношения совместной эмоциональной настроенности. Beard считает, что современные родители должны быть достаточно информированы об аддиктогенных свойствах Интернета. Им нужно уметь стимулировать интерес подростка к поиску, наряду с Интернетом, новых сфер интересов, обучать умению получать удовольствие от социального общения с друзьями, сверстниками и взрослыми, а также от нахождения в одиночестве, когда это время заполняется активацией воображения и творчеством.

Дети идентифицируют себя и других с компьютерными объектами как психологическими единицами и привыкают к такому новому восприятию действительности. В настоящее время дети усваивают идею, что неодушевленные объекты способны думать и иметь личностные особенности, понимая при этом, что машина неживой объект. Тем не менее, не будучи по-настоящему живым, компьютер стал обладать своей психологией, ранее свойственной только живому человеку. Таким образом, компьютер “обладает” психологией в отрыве от биологических свойств, присущих живому, становясь своего рода получеловеком.

Ряд авторов предлагает диагностические критерии для Интернет аддикции у подростков. Young причисляет к диагностическим критериям сверхзанятость, безуспешные попытки контроля, постоянное желание находиться в Интернете, повышение толерантности (для получения удовольствия требуется все большее время нахождения в Интернете), симптомы отнятия, использование Интернета для ухода от решения проблем, ложь с целью скрыть вовлеченность в Интернет, риск потери значимых отношений.

В развитии Интернет аддикции специальное значение имеют возможности, связанные с самораскрытием. Как известно, развитие тесных отношений с другим человеком требует определенного уровня интимности, самораскрытия. Постепенно человек начинает чувствовать себя достаточно комфортно в контакте с другим/другой, чтобы доверить им свои чувства, поделиться своими сомнениями, мечтаниями, будучи уверенным, что это не приведет к высмеиванию или осуждению. Для достижения этого уровня интимности необходима взаимность. Если вы скажете мне что-то о себе, я скажу вам что-то обо мне. С течением времени обмен углубляется и два человека раскрываются по отношению друг к другу все больше. Этот процесс очень деликатен и может быть легко нарушен. Здесь крайне опасно ускорение событий, что может восприниматься другой стороной как неадекватное поведение.

Parks, Floyd считают, что самораскрытие является важнейшей частью в онлайн отношениях. Тенденция раскрыть себя в компьютере может заходить очень далеко. Компьютер может быть хладнокровным, безличностным посредником, и в то же время он способен становиться чем-то “сверхличностным”. Вы сидите за компьютерным экраном, чувствуя себя дистантным, анонимным и физически безопасным, и, в то же время, вы иногда чувствуете себя ближе к людям за другой стороной экрана, которых вы никогда не видели, чем к людям, находящимся рядом. Вы можете раскрыть себя и выразить больше эмоций в онлайн

отношениях к ним, не заботясь о том, как вы выглядите, во что вы одеты. Adamse, Motta собрали истории компьютерных романов, обратив внимание на их разнообразный характер.

В заключение отметим, что, к сожалению, неограниченная тенденция идеализировать человека без контакта лицом к лицу сопровождается часто нереалистично высокими ожиданиями и ложными надеждами, а реальная встреча приводит к разрушению столь высоко ценимых виртуальных отношений. Иногда же отношения, установившиеся в Интернете, выживают при переходе от гиперпространства к реальному миру и продолжают доминировать в содержании психической деятельности и поведении.

### **Суициды в Интернете**

Групповые самоубийства в Интернете являются новой проблемой патологического использования Интернета, первые сообщения о которой появились в первые годы 21 века. Они касались случаев, зарегистрированных в Корее, Японии и Нидерландов. Высказывалось мнение, что групповые суициды в Интернете связаны с взаимодействием таких факторов как, с одной стороны, нуждаемость в социальном контакте, с другой, в одновременном страхе социального отвержения и изоляции. Сочетание этих внешне взаимоисключающих компонентов очевидно наиболее сильно проявляется в Японии, что обусловлено особой значимостью социального имиджа, когда состояние бытия и личностные переживания индивидуума определяются, прежде всего, социальным сэлфом, тем как последний воспринимается обществом.

Авторы выделяли в структуре Интернет суицидов в Японии значение присутствия желания умереть не в одиночестве, а в компании других людей; желание легкой и по возможности «комфортабельной» смерти. Присутствовало желание "исчезнуть", скорее, чем умереть.

Использование Интернета в Японии еще ранее подвергалось критике в связи с отрицательными эффектами на людей молодого возраста, в том числе и в связи с

содержащейся информацией о различных методах самоубийства. В то же время, признавалось положительное влияние Интернета в предоставлении принципиально новой формы коммуникации и “пространства”, в котором люди чувствуют свою принадлежность.

Появление групповых суицидов в Интернете произошло в Японии на фоне общего увеличения суицидов, начиная с 1998 года. Если в 1998 количество самоубийств составляло 18-19 на 100000, то в 2003-24,6. В 2003 суициды были признаны в Японии, стране толерантной к суицидам, специальной проблемой общественного здоровья. Это было связано с тем, что в данном случае были совершенно непонятны причины самоубийств, которые нельзя было объяснить “потерей лица”, экономическими проблемами, неудачей в карьере или серьезным семейным конфликтом. Особенно пугающим было фактическое отсутствие, вообще, каких-либо устанавливаемых причин, в том числе и констатации психических нарушений.

Участники незавершенных Интернет групповых самоубийств испытывали большие затруднения в попытках определить конкретный повод суицидального поведения. При психологическом интервьюировании их ответы сводились к короткому повествованию о том, что им «было как-то скучно»; что им «было все равно жить или умереть», что им «хотелось не умереть, а скорее, просто исчезнуть».

У всех Интернет самоубийц не только не наблюдалось триады самоубийства, описанной Durkheim’ом, включающую желание умереть, желание убить себя и желание быть убитым, но нельзя было сколько-нибудь убедительно констатировать даже наличие одного из компонентов триады - желания умереть. Подчеркивалось, что интеллектуальные, рефлексивные самоубийцы испытывали неуверенность в оценке их поведения, используя термин “желание”. Они утверждали, что в их действиях основным было не само желание, а какое-то другое чувство, которое они не были в состоянии вербализовать (раскрыть в словах), так как “для

этого невозможно подобрать подходящие слова”. В то же время большое значение придавалось совершению самоубийства в группе. Выдвигалось положение о том, что “я слишком одинок, чтобы умереть в одиночестве”. Такое желание общности выявлялось у всех участников группового Интернет самоубийства.

В общем, развитие сценария группового Интернет самоубийства разворачивается по следующей последовательности: лица, заинтересованные в совершении самоубийства ищут и находят в соответствующих сайтах партнеров/партнерш с подобными установками; происходит обсуждение темы о коллективном самоубийстве в Интернет пространстве; кем-то из участников обсуждения предлагается выход из Интернет пространства и встреча в реальном мире; устанавливаются реальные контакты и планируется способ и место совершения суицида; совершается суицид.

В Японии возрастающая актуальность группового Интернет суицида нашла отражение в фильмах, создаваемых на основе реально происходивших событий. Большую популярность получили в этом отношении такие фильмы как “Кружок самоубийц” и “Агент паранойя”. В “Агенте паранойя” изображены три человека, намеревающиеся совершить самоубийство, которые после начального общения в Интернете встречаются и посещают различные места, получая комфорт от взаимного общения. Они договариваются о месте и способе совершения самоубийства. В их компании находится несовершеннолетняя девочка, которую двое суицидентов исключают из своей группы, что ее серьезно обескураживает и вызывает бурный протест. Затем двое суицидентов отправляются в ветхое, подлежащее сносу здание, где они зажигают брикеты с углем в небольшой печке (shichirinstove), с целью умереть от отравления угарным газом. Они также принимают снотворные таблетки, укладываются на полу рядом друг с другом. Однако их будит прибежавшая девочка и грохот разрушаемого прибывшей техникой здания. Разочарованные неудавшейся попыткой совершить

самоубийство члены группы, отправляются на станцию метро с намерением броситься под поезд. Однако они не успевают прыгнуть на рельсы, так как их опережает другой человек, бросившийся под поезд. Последующие попытки самоубийства также оказываются безрезультатными, что приводит этих людей в отчаяние. В это время зритель обращает внимание на следующий эпизод. Старший член группы автоматически намеревается принять снотворную таблетку (зритель ранее видел, что все таблетки были уже приняты перед попыткой отравиться угарным газом). Слышен оглушающий шум налетающих черных ворон, и зритель, как и сам суицидент, внезапно понимают, что самоубийство уже совершилось, еще в разрушаемом доме, и что все члены группы мертвы и являются призраками, хотя до сих пор они не осознавали этого. Фильм заканчивается тем, что призраки радостно прогуливаются в толпе туристов, отпрыгивая от камер, делающих снимки.

Необычность сценария заключается в том, что уже совершившие самоубийство члены группы, по-прежнему, уже в форме призраков, пытаются снова его совершить и испытывают тяжелое разочарование от неудачных попыток. Обращает на себя внимание тот факт, что осознание завершеного суицида сделало участников Интернет группового самоубийства счастливыми.

В фильме ненавязчиво проводится идея об обычности персонажей, отсутствии у них каких-то видимых проблем или психических потрясений, которыми можно было бы объяснить их суицидные реализации. В то же время зритель чувствует, что каждый из персонажей фильма по-своему одинок и изолирован от общества, что подчеркивается выраженным стремлением каждого постоянно находиться рядом с членами своей выбранной в Интернете группы.

Ozawa-De-Silva приходит к заключению, что многие характеристики групповых Интернет суицидов в Японии приближаются к особенностям “эгоистических суицидов”. Автор считал, что эгоистические самоубийства возникают в

ситуациях недостаточной интеграции индивидуумов в обществе. Отсутствие интеграции может быть обусловлено быстрым темпом социальных изменений, разрушением привычных устоявшихся стереотипов социальной жизни, в ее различных проявлениях. Особенное значение имеет потеря традиционной поддержки семьи, ослабление роли основанных на родстве, дружбе, соседстве межличностных коммуникаций.

Интернет групповые самоубийства наиболее приближаются к одному из вариантов эгоистического суицида, который Durkheim называл “эпикурейским суицидом”, особенностью которого является то, что индивидуум предпринимает решение о совершении суицида в приподнятом радостном настроении, “...без ненависти или злости, но при этом и без болезненной сатисфакции, с которой интеллеktуал совершает суицид...скорее, чем стремясь к насильственной и болезненной смерти, он только старается минимизировать боль... убивает себя с иронической релаксацией и деловым настроением”.

Проблема Интернет суицидов существует и в России. В сети имеются Web сайты и форумы, где общаются потенциальные самоубийцы. Эти сообщества называют «суицидальными тусовками» или «клубами самоубийц»: [suicide\\_ru](#), «Палата №6», «ThePagesofPain», «На краю» и «Независимый суицид-форум». Хотя свою деятельность они называют помощью, в действительности они подталкивают друг друга к самоубийству. Важно помнить, что Интернет самоубийцы не имеют реального желания умереть, но чувствуют скуку, разочарование в окружающем мире или страдают от одиночества. Поэтому здесь эффективной может быть только помощь профессионалов: психологов, педагогов, отношения поддержки и взаимопонимания в семье и в близком окружении.



### Глава 3. Депрессия и суициды

Депрессия - это состояние патологически сниженного настроения, при этом снижение настроения не пропорционально обстоятельствам. Депрессивное настроение является часто причиной суицидов. Приблизительно 2/3 пациентов думают о самоубийстве, от 10 до 15% совершают суицид.

Депрессивное настроение и потеря чувства удовольствия являются ключевыми симптомами депрессии. Люди, находящиеся в состоянии депрессии, обычно говорят, что они подавлены, ощущают полную безнадежность, всё окружающее для них теряет ценность, они часто описывают свои ощущения как мучительную эмоциональную боль. Иногда они жалуются на то, что не могут плакать, и этот симптом исчезает по мере выхода из депрессии. Некоторые депрессивные пациенты не осознают своей депрессии и не жалуются на расстройства настроения, они замыкаются в себе, становятся одинокими в семье с друзьями, теряют интерес к вещам и занятиям, которые ранее были важны для них.

Почти все люди в состоянии депрессии жалуются на снижение энергии, которое не позволяет им закончить начатое дело, вызывает затруднения в работе и снижает мотивацию к тому, чтобы начинать новые дела. Приблизительно 80% депрессивных пациентов жалуются на нарушения сна. Это проявляется в ранних утренних пробуждениях и многократных пробуждения в течение ночи. Причём во время этих пробуждений, они заняты «переживанием» своих проблем. У многих пациентов наблюдаются снижение аппетита и массы тела. Изменения, наблюдающиеся в пищеварительной и других системах, могут отягощать уже имеющиеся заболевания, такие как диабет, гипертоническая болезнь и т.д. Другие вегетативные симптомы включают нарушения менструального цикла, а также снижение интереса к сексуальной функции и её выполнению.

Приблизительно 50% пациентов описывают колебания симптомов на протяжении дня: утром их выраженность

больше, к вечеру наступает некоторое улучшение состояния. Имеет место субъективное ощущение неспособности сосредоточиться (84%), нарушение темпа мышления (67%), расстраивается способность к концентрации.

Могут проявляться изменения моторной функции в виде затруднений в мышлении, речи, притуплении эмоций; человек может часами сидеть или стоять, глядя в пространство и ничего не говоря.

Что предрасполагает к возникновению депрессии? Некоторые люди являются достаточно стойкими по отношению к стрессовым ситуациями, следовательно, не так легко поддаются депрессии, тогда как другие, сталкиваясь с проблемами, теряют контроль над своими эмоциями, становясь, разраженными, агрессивными или депрессивными. Здесь имеет значение взаимодействие природных (генетических) и психологических факторов. Весомая генетическая основа для наследования депрессии была продемонстрирована в исследованиях близнецов. Однояйцовые близнецы, разлученные при рождении, имели высокое совпадение по заболеваемости депрессией – 70%, тогда как разнояйцовые близнецы имели совпадение по заболеваемости депрессией только в 20%. Риск возникновения депрессии составляет 10%, если один из родителей болей, и около 20%, если оба родителя страдают депрессией, в противоположность риску 1-2%, если в семье не было подобных случаев. Под психологическими предрасполагающими факторами имеется в виду приобретенная способность индивида реагировать на стресс. Люди, которые приобрели способность быть более уверенными в себе и справляться со стрессом, с меньшей вероятностью склонны к депрессии при возникновении проблем, чем те, кому это удавалось хуже.

В течение длительного времени специалисты не учитывали наличие такой формы депрессии, как сезонная депрессия или сезонное аффективное расстройство (САР), которая возникает в период уменьшения световых часов. Для

этого расстройства характерны повторяющиеся периоды депрессии, которые обычно начинаются в октябре-ноябре и заканчиваются в марте-апреле.

Около 2% населения северной Европы испытывают серьезные проблемы в связи с этим заболеванием, у 10% отмечаются легкие нарушения по типу «зимней хандры». САР чаще обнаруживается в высоких широтах, где смена сезона является более отчетливой. САР является актуальной проблемой в Сибири. В проведенном нами исследовании в 2010 году мы обнаружили признаки САР у 26% обследованных студентов вузов Новосибирска. Часто САР встречается у молодых женщин, но она также может наблюдаться у детей и подростков.

К симптомам сезонной депрессии относятся следующие:

- раздражительность;
- изменение веса – потеря, либо, что чаще, прибавка веса за зиму и снижение в течение лета;
- снижение концентрации внимания;
- ощущение недостатка энергии;
- затруднения при выполнении работы;
- снижение либидо;
- проблемы в межличностных отношениях;
- физические симптомы, такие как боли и неприятные ощущения.

Специфическим видом лечения сезонной депрессии является фототерапия: удлинение светового дня происходит за счет использования флуоресцентных ламп. Пациент при этом сидит перед лампой на расстоянии 1 метра в течение 2-х часов по утрам. Применяемая интенсивность излучения – 2400 люксов - соответствует естественному свету в яркий солнечный день. Лечение производится на протяжении всех зимних месяцев или же пациенту рекомендуется переезд в другую климатическую зону.

### **Депрессия у детей**

Приблизительно 10% 10-летних детей рассказывают о переживаниях горя и отсутствия ощущения радости, признаки депрессии отмечаются у 2% детей и 4% подростков, однако полномасштабная картина депрессии наблюдается в 0,15% случаев у 10-леток и в 1,5% случаев у 14-летних подростков. Дюпубертата депрессия больше распространена среди мальчиков, а после его наступления чаще встречается у девочек.

Дети в основном реагируют на проблемы в своем окружении. Депрессия может возникнуть как реакция на потерю – например смерть родителей, бабушек или дедушек, - или на развод родителей. Они могут подвергаться грубому обращению в школе или переживать из-за плохой успеваемости вследствие нераспознанной дислексии, снижения слуха, зрения или других трудностей в обучении. Если депрессия есть у одного из родителей, у детей зачастую формируются депрессивные паттерны поведения. Депрессия у детей может развиваться в результате культа повышенной ответственности в семье, страха наказания, непонимания со стороны родителей, а также в результате сексуального или физического насилия. Также свой вклад в возникновение депрессии у детей вносят проблемы в семье, скандалы, финансовые трудности, связанные с потерей работы, злоупотреблением алкоголем и другими формами аддиктивного поведения родителей.

Многие дети еще слишком малы, чтобы понять, что они подавлены и уметь правильно описать свои чувства. При этом важно собрать информацию из разных источников, включая родителей ребенка, родственников, воспитателей. Проявлением депрессии у детей могут быть поведенческие нарушения, агрессия, полная безучастность или недостаток внимания к окружающим, плохая успеваемость в школе, прогулы занятий, энурез, ночные кошмары. Депрессивные дети утрачивают интерес к играм, ни отчего не испытывают удовольствия. Они могут жаловаться на боли в животе,

головные боли, нередко они отказываются от еды, становятся тревожными.

Изоляция, утрата энергии, социальная отгороженность и любые явные поведенческие изменения должны стать сигналами профессионалу к тому чтобы обратить внимание на этого ребенка.

Стандартная схема оценки и лечения депрессии у детей должна основываться на применении полипрофессионального подхода с участием детских психиатров наряду с детскими психологами, социальными работниками и педагогами. Лечение должно выстраиваться в основном в психосоциальном русле.

Для профилактики депрессии у детей важную роль играют факторы окружающей среды. Стабильная семья и школьная среда очень значимы для поддержания психического здоровья ребенка. Важно не допускать грубого обращения, давления сверстников, чрезмерного стресса, связанного с учебными нагрузками.

### **Депрессия у подростков**

Распространенность депрессивных расстройств у подростков достигает уровня, сопоставимого с таковым у взрослых. Значительную роль в возникновении депрессии у подростков играет напряжение, связанное со школьными экзаменами, выбором профессии, также как и большое стремление быть успешным или таким как все и другие социальные требования. Может вызывать трудности необходимость справляться со «взрослыми» проблемами: любовь, сексуальные желания.. В беседе с подростком, проявляющим признаки депрессии следует задать вопросы, касающиеся:

- Семьи – может ли подросток доверительно общаться со своими родителями?
- Обучения – какие оценки получает в школе и как на них реагирует?
- Общительности– есть друзья?
- Наркотиков – имел ли опыт употребления наркотиков?

- Секса – есть ли связанные с этим проблемы?
- Сна – имеются ли нарушения сна?

Следует отметить, есть ли нарушения аппетита (повышение или снижение), утрата интереса к обычно приятным занятиям, таким как спорт или другие виды активности. Важно выявить признаки социальной отгороженности. Однако депрессию нельзя путать с нормальной подростковой эмоциональной неустойчивостью, связанной с увеличением гормональной активности.

У подростков также встречается, описанная Jilek-Aall, аномическая депрессия – нарушение поведения, характеризующееся аномией – отсутствием приемлемых норм управляемого поведения, спутанностью культурной идентичности, хроническим состоянием раздражения и неудовлетворенности жизнью, потерей надежды на будущее. Часто приводит к развитию аддикций.

Для предотвращения депрессивных состояний у подростков следует избегать тех факторов, которые могут спровоцировать депрессию или предрасполагать к ней. Необходимо обеспечить безопасное семейное окружение, наличие позитивной референтной группы сверстников, насыщенной социальной жизни.

Риск суицида у лиц с депрессией находится на втором месте после риска суицида при пограничном личностном расстройстве.

Необходимо обращать внимание на факты, которые предупреждают о возможности суицида:

- Наличие суицидальных попыток.
- Суицидальные попытки у родственников.
- Суицидальные высказывания.
- Рассуждения об отсутствии смысла в жизни.
- Сны о самоуничтожениях, катастрофах.
- Наличие максималистских представлений.
- Зависимость от психоактивных веществ.
- Внезапное исчезновение беспокойства.
- Успокоение с оттенком «потусторонности».

В беседе с человеком, проявляющим суицидальные тенденции необходимо придерживаться следующих правил:

- Беседуйте спокойно, не прерывайте собеседника.
- Не спешите.
- Начиная беседу с открытых вопросов в недирективной форме, позволяя собеседнику проговаривать важные для него темы и рассказывать о своих чувствах.
- Используйте понятные речевые обороты, принимая во внимание возрастные, культуральные различия.
- Избегайте осуждающих реплик.
- Обращайте внимание на невербальное общение (мимика, жесты, поза).
- Оцените значимость недавних событий в жизни собеседника.
- Выясните психологические, медицинские и социальные проблемы.
- Определите мотив суицидального поведения.

Обычно человек, имеющий суицидные намерения, не возражает тому, чтобы отвечать на вопросы, касающиеся суицида. Не следует опасаться говорить с ним об этом. Это не подтолкнет его к идее самоубийства. Человек часто чувствует облегчение, обсуждая свои страхи.

Какие защитные факторы могут быть использованы в случае суицида:

- Стабильное и безопасное окружение, поддержка семьи и общества.
- Обучение навыкам решения проблем и контроля за импульсивным поведением, обучение тому, как справляться с конфликтами.
- Ограничение употребления психоактивных веществ.
- Доступность квалифицированной помощи.
- Убеждения, не допускающие возможность суицида.

### **Расстройства личности и суициды**

Расстройства личности, несмотря на их широкую распространенность в популяции и нарастающее социальное значение, к сожалению, до настоящего времени не привлекли

к себе сколько-нибудь достаточного внимания специалистов в России. Ситуация не является случайной и, очевидно, связана с рядом факторов, среди которых представляется возможным выделить:

1. отсутствие информированности о современном состоянии вопроса;
2. влияние старой концепции "психопатий", распространяющейся на все формы личностных расстройств;
3. недостаточную популярность психосоциальной парадигмы в преимущественно биологически ориентированном клиническом мышлении психиатров ("парадигма" – это понятие, включающее теорию, модели, гипотезы).

Трудность восприятия концепции личностных расстройств во многом обусловлена сохраняющимся влиянием прежних представлений о "психопатах" – термине, который в России был заменен Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10) на термин "личностные расстройства" только в 1999 году. Термин "психопатии" нес определенную психологическую нагрузку и ассоциировался в сознании психиатров с состояниями, по своей клинической картине напоминающими эндогенное психическое заболевание.

Понимание механизмов возникновения и развития расстройств личности невозможно без анализа психосоциальных факторов, воздействующих на ребенка, начиная с наиболее ранних периодов его жизни.

Благоприятное личностное созревание ребенка, начиная с младенческого периода, опосредовано достаточно длительным сохранением состояния психобиологического симбиоза с матерью или другим человеком, осуществляющим непосредственную заботу о младенце. Такой симбиоз возможен лишь при условии, когда интуитивная мать находится в коммуникации с младенцем в состоянии эмпатического созвучия с ним, моментально реагируя на



возникающие желания удовлетворения голода, жажды и психологического комфорта.

Психическое состояние матери, непосредственно контактирующей с ребенком, определяется во многом характером ее межличностных отношений. Психологический комфорт матери, без которого невозможен психобиологический симбиоз с младенцем обеспечивается преобладанием положительных отношений, прежде всего с близкими, членами ядерной семьи. Неизбежные, даже при благоприятных отношениях, периодические недоразумения, ссоры и конфликты обычно не разрушают психобиологического симбиоза.

Для нормального развития психики ребенка необходимо развитие эмоции и способность их выражения. В мифе о Нарциссе нимфа Эхо была неспособна выразить себя и свои чувства и погибла. Миф является живой метафорой необходимости находиться в контакте со своими чувствами.

Навык адекватной коммуникации чувств представляет собой монументальную задачу. Если ребенок не обучен тому, что он имеет право чувствовать, он не обучен тому, как передавать свои чувства прямым и ассертивным способом.

Обучение переживанию чувств, их распознаванию, удерживанию, оценке и адекватному выражению чрезвычайно важно в формировании идентичности: «Если я не знаю, кто я, как я могу рассказать вам о себе. Модель обучения навыку эффективной коммуникации определяют формулой «я чувствую... я желаю». Формула включает вербальное выражение собственных чувств, сопровождаемое четким определением содержания желаний.

Например, «я чувствую себя рассерженным / рассерженной и обиженным /обиженной, потому, что ты не убрал свою комнату, хотя обещал это сделать, мне бы хотелось, чтобы ты это сделал сейчас».

Формула «я чувствую, я хочу» очевидна и проста, но люди очень часто не знают, как это сделать, особенно если они воспитывались в дисфункциональных семьях и не

обучены асертивности, способности выразить свои чувства и связанные с ними желания четким, неагрессивным способом.

Родительская система, в которой ребенок существует исключительно ради родителей и которая способна лишь отражать самую себя, свои собственные желания, когда к ребенку относятся как к продолжению себя, своих потребностей и желаний, подобна нимфе Эхо. Для нее характерна погруженность в себя, отстраненность, отсутствие эмпатии, фокусировка на заботе о собственном имидже.

Дети лишены привилегий иметь и выражать свои чувства, если они неприемлемы для родителей. Дети обучаются тому, чтобы манипулировать своими чувствами, не создавая выражением чувств проблем при контакте с родителями. Они обучаются подавлению, сублимации чувств, привычке обманывать себя, и в конце концов лишаются во многом способности самого переживания чувств.

Ряд авторов обращает внимание на то, что, в настоящее время, во многих семьях, дошкольных и школьных учреждениях воспитание детей осуществляется по модели, заимствованной из педагогики стопятидесятилетней давности. В соответствии с этой моделью воспитание основывается на авторитарном принципе. У детей воспитывается полная подчиненность родителям, они не могут высказывать свое мнение и, тем более, отстаивать его в соответствии с принципом "родители всегда правы", потому, что они родители. "Ребенок всегда не прав, потому, что он ребенок". У детей воспитывается низкая самооценка и чувство стыда за себя: "Я – плохой/плохая, и поэтому я плохо поступаю". Не приветствуется проявление ребенком положительных эмоций, так как это рассматривается как признак эгоизма. Подобный стиль воспитания способствует развитию комплексов зависимости, депрессивных состояний.

Отрицательное воздействие оказывает неглектное (пренебрегающее) воспитание, когда ребенок не получает соответствующего его психологическим потребностям

количества положительных эмоциональных стимулов со стороны людей, заботящихся о нем, прежде всего матери.

Чрезвычайно серьезными могут быть последствия физической, психологической, сексуальной травматизации ребенка, что в ряде случаев приводит к развитию раннего посттравматического стрессового расстройства.

Дисфункциональность родительского воспитания может носить открытый и замаскированный характер. В открытом варианте в семье отсутствуют все правила признания самостоятельности ребенка. Исключается приватность, ребенок лишается возможности обладать чем-либо исключительно для себя, включая время, неприкосновенность личных вещей и даже своего тела. Все является собственностью родителя, лица, осуществляющего заботу или более сильного сиблинга.

В скрытых дисфункциональных семьях присутствует непрямая коммуникация по треугольному типу, когда родители общаются друг с другом посредством третьего лица, обычно ребенка. Чувства подавляются по механизму, когда всякое выражение чувств расценивается как признак неполноценности, слабости, незрелости, отсутствия мужественности (у мальчиков), а также согласно девизу «не выносить сор из избы».

Члены семьи вносят на сознательном и бессознательном уровне в психику ребенка свой стиль поведения и межличностных отношений, что усваивается и становится органическим компонентом его психической структуры. Воздействия могут быть дисфункциональными и в связи с нарушением психобиологического симбиоза способны вызывать формирование неуверенности, базисного недоверия, патологических убеждений, а также других характеристик, являющихся прототипами личностных расстройств. Психика развивающегося ребенка в таких случаях отклоняется от нормальных параметров и продуцирует развитие индивидуума с проблемами психического здоровья, которые выражаются в формировании дезадаптивных психических организаций.

Р. Kernberg выделяет у детей и подростков общие характеристики, предшествующие различным личностным расстройствам.

Они включают:

- чувство неполноценности;
- предрасположенность к несчастным случаям;
- завязание в приводящих к неприятностям контактах с другими лицами;
- нервозность, эмоциональное напряжение;
- отрицательное отношение других детей;
- чрезмерная боязливость или тревожность;
- психологическая неуклюжесть;
- предпочтение нахождения в контакте с детьми старшего или младшего возраста;
- чрезмерная мрачность;
- чрезмерная говорливость;
- сверхценное отношение к сексуальной тематике;
- частый сарказм и передразнивание других.

Выделяется детско-подростковые характеристики, предрасполагающие к развитию отдельных форм личностных расстройств. Например, развитию пограничного личностного расстройства предшествуют следующие характеристики:

- частые ссоры;
- жалобы на одиночество;
- проявление жестокости, издевательств и зловредности к другим;
- направленное самоповреждение и суицидальные попытки;
- разрушение собственного имущества;
- разрушение имущества, принадлежащего другим;
- жалобы на то, что их никто не любит;
- импульсивность или совершение поступков без их продумывания;
- физическая агрессия по отношению к другим, частый плач или рыдание;

- частые изменения настроения.

Признаки или детские характеристики, свидетельствующие о возможности развития антисоциального расстройства включают:

- жестокость по отношению к животным;
- приставание злобность по отношению к другим;
- разрушение вещей;
- отсутствие чувства вины, импульсивность, стремление к обману;
- побеги из дома;
- поджоги;
- воровство;
- непосещение школы;
- акты вандализма.

Детские характеристики, выделяемые перед развитием зависимого личностного расстройства, включают:

- поведение, соответствующее более раннему возрасту;
- прилипание ко взрослым с чрезмерной зависимостью от них;
- чрезмерная озабоченность уступчивостью и мягкостью в отношениях с другими;
- накопление ненужных вещей (про запас);
- стенания.

Пограничное личностное расстройство (ПЛР) наряду с антисоциальным личностным расстройством является наиболее распространенным в популяции и значительно чаще диагностируется у женщин. Хотя признаки ПЛР могут быть в подростковом возрасте, а некоторые черты и в детском возрасте, диагноз личностного расстройства устанавливается при достижении с 18-ти летнего возраста.

Согласно статистическим данным, один из 10 пациентов с пограничным расстройством личности совершает завершённый суицид, поэтому мы в дальнейшем остановимся на характеристике этого личностного расстройства.

Согласно американской классификации болезней DSM-IV-TR (2000), диагноз пограничного личностного расстройства (ПЛР) основывается на девяти признаках. Для диагностики ПЛР достаточно, по крайней мере, пяти из следующих характеристик:

1. неистовые порывы избежать реального или воображаемого покидания;
2. нестабильные и интенсивные межличностных отношений, характеризующийся колебанием между экстремальной идеализацией и девальвацией;
3. нарушение идентичности: отчётливо и постоянно нестабильный Self-имидж или ощущение себя;
4. импульсивность, по крайней мере, в двух самоповреждающих зонах (например, расточительство, секс, злоупотребление субстанциями, раскованное вождение машины, обжорство);
5. повторяющееся суицидное поведение, жесты или угрозы, или самоповреждающее поведение;
6. эмоциональная нестабильность и выраженная реакция на средовые ситуации (например, эпизодическая депрессия, раздражительность или тревожность, обычно длящиеся несколько часов и редко несколько дней).
7. хроническое чувство пустоты;
8. неадекватная, интенсивная злость или трудность её контролировать;
9. транзиторная (преходящая), связанная со стрессом паранойя (подозрительность) или тяжёлые диссоциативные симптомы (чувство нереальности).

ПЛР в настоящее время является часто диагностированным расстройством. Согласно Kreisman, Straus (2004), оно составляет от 30 до 60% из всех пациентов от всех диагностируемых по DSM-IV десяти личностных расстройств.

Для ПЛР типичны *хаотические межличностные отношения*. Важным элементом здесь является полярное восприятие значимого другого по формуле "только хороший" или "только плохой", что типично для восприятия детьми 18 –

36 месяцев. Дети этого возраста с трудом переносят двойственность или неоднозначность и расщепляют мир на исключительно хорошие или исключительно плохие зоны. Если мать удовлетворяет все нужды, она рассматривается как исключительно хорошая, если она недостижима или не удовлетворяет основные нужды – как исключительно плохая. Пограничный пациент застревает на этом детском максимализме. Можно говорить о характерной смене *идеализации* объектов на прямо противоположное последней чувство.

Smith, анализируя психологические особенности Принцессы Дианы в книге "Диана в поисках себя", пишет: "На исходе близких отношений Принцесса (Диана) раскрывает отрицательные черты в другом человеке...ранее она видела в нем только хорошее... Диана не могла акцептировать факт, что любые отношения имеют свои взлеты и падения".

Одной из черт характера пограничных личностей является крайнее *непостоянство в отношении к людям*. Оно выражается в том, что они в начале знакомства обнаруживают тенденцию к развитию выраженного положительного отношения к какому-то человеку. Эти отношения могут не носить сексуального оттенка. Они включают в себя положительные отзывы, восхищение, преклонение, блестящие характеристики заинтересовавшей их личности. Через сравнительно короткий промежуток времени это отношение сменяется на абсолютно противоположное. Происходит обесценивание этого человека.

Это связано, во-первых, с изменением базисного настроения пограничного пациента, например, от приподнятого до состояния со знаком "минус". Во-вторых, речь идет не просто об исчезновении первоначального эмоционального состояния, а о когнитивном переходе к другому полюсу с унижением и обесцениванием "кумира".

Глубинная причина такой метаморфозы заключается в следующем. В обычной жизни пограничные личности проявляют сверхположительное отношение с участием

переноса. Они в каких-то случаях переносят на вызывающего восхищение человека что-то из своего прошлого, идентифицируя его не с какой-то конкретной значимой фигурой из их жизни, а со своей "мечтой", содержанием которой является фантазия о воображаемом герое. Прототипом героя могут служить персонажи художественных произведений. Сам по себе этот внутренний образ сформировался как результат активности внутренних психических процессов, характеристики его относительно стабильны, относительно изолированы от влияния внешних факторов и мало подвластны колебаниям. Однако, человек, на которого эти черты переносятся, при более тесном контакте не соответствует ожиданиям пограничной личности, и в процессе общения с ним неизбежно возникают противоречия. Он оказывается несостоятельным, несовпадающим с положительным имиджем, не выдерживающим проверки реальностью. Отсюда реакция злости, содержанием которой является вопрос: "Как я могла/мог так ошибиться?!". Гнев на себя проецируется на конкретного человека, которым ранее восхищались. Противоположная реакция в виде отрицательного отношения приобретает гротескный оттенок.

Настроение при ПЛР часто и неожиданно без видимых причин меняются. Внешне это проявляется так. Человек, пребывающий в состоянии, например, приподнятости, заражает своей энергией других, но это состояние не является стабильным и носит кратковременный характер, в тот же или на другой день оно сменяется другим. На первый план могут выступать апатия, угнетенность, мрачность, раздраженность, нетерпимость, склонность к конфликтам, провокационное поведение. Может доминировать озлобленность, грусть, сентиментальность, безнадежность. Эти состояния трудно или вовсе не прогнозируемы.

Определенная степень критичности к себе присутствует, но пограничные личности не любят говорить на эту тему. Тем не менее, при неформальном анализе могут



обнаружить наличие проблемы, в какой-то мере объясняющей изменение настроения.

Попытки обсудить беспокоящие их проблемы сколько-нибудь подробно игнорируются или вызывают негативную реакцию. Если разговора невозможно избежать, пациенты стараются объяснить свое состояние таким образом, чтобы преуменьшить его, сослаться на формальные факторы, которые это состояние спровоцировали, с нивелированием значения внутренних причин.

Стремление подчеркнуть недемонстративность своего поведения сопровождается гордостью от осознания его естественности и отсутствия ролевых взаимодействий.

Использование психологических защит позволяет квалифицировать свое изменяющееся состояние как встречающееся у каждого человека, но, поскольку, с их точки зрения, люди лицемерны, они скрывают это. Характерна настороженность, которая касается возможного отнесения их состояний к психической патологии. Поскольку иногда они не контролируют себя, возникает страх, что их признают неадекватными.

Особенности ПЛР влияют на карьеру, что связано, в том числе, с нестойкостью мотиваций.

С точки зрения рационального подхода, лица с ПЛР иррациональны. Если они долго занимаются чем-нибудь, интерес к этому занятию обычно теряется. Наличие серьезных успехов и перспективы дальнейших достижений не является достаточной мотивацией, стимулом для продолжения данной деятельности, в связи с желанием быстро переключиться на другие виды активностей. Это касается круга общения и любимых занятий, которые очень быстро надоедают.

Такое отношение к жизни делает ее состоящей из отдельных отрезков, каждый из которых не похож на другой. Лица с ПЛР как бы проживают много жизней. Наличие *микриденличностей* позволяет им быть разными людьми, проживающими различные жизненные сценарии в отношениях к профессии, друзьям, хобби и т.д.

Одним из признаков ПЛР является *слабость идентичности*. Слабость Self'a сопровождается слабостью его, которое оказывается не в состоянии противостоять воздействиям бессознательного. При этом создаются благоприятные условия для активизации коллективного бессознательного, что приводит к возникновению обычно кратковременных (от минут до нескольких часов) психических нарушений. Последние без учета их динамики, легкой обратимости могут быть ошибочно приняты за признаки психического заболевания. Наиболее кратковременны дереализационные и деперсонализационные расстройства: ощущение нереальности окружающей обстановки, происходящих событий; потери чувства собственного Я; чувство, что все происходит с кем-то другим или совершается в сновидении.

*Лица с пограничными и антисоциальными нарушениями объединяет наличие у тех и других гедонистических тенденций - тенденций к получению удовольствия - с быстро наступающим чувством пресыщения.* Воодушевлённость, увлечённость, настойчивость сочетаются у них с быстрой потерей интереса к происходящему с последующим совершением неадекватных и нелепых, с точки зрения окружающих, действий, проявляющихся, например, в уходе с последнего курса института, в прерывании почти законченной работы.

Пограничные личности имеют трудности с самоопределением и самоидентификацией. Им трудно ответить на вопросы "Кто я?", "Зачем я живу?". На бессознательном уровне возникает желание избегать ситуаций, требующих саморефлексии. Этим объясняется их стиль жизни. Лица с ПЛР часто бывают не похожими сами на себя, так как любят менять свое поведение, внешний вид, способ самовыражения. Такого человека можно принять за кого-то другого.

Трудности в самооценке и самоидентификации могут касаться также и половой идентификации. Некоторые

пограничные личности испытывают затруднения в самоопределении гендерной идентичности, не зная, кем себя считать: мужчиной или женщиной.

Для человека с ПЛР во взаимоотношениях с другими важен как можно более совпадающий тайминг. Отсюда требования от партнера соответствия в переживаниях, в содержании мышления. Такая задача в целом невыполнима. Возникают несовпадения, о чем "сигнализирует" обостренная эмпатия (понимание эмоционального состояния другого человека). В ответ возникает отрицательная реакция: "Если сейчас это так, то потом будет еще хуже. Это начало конца отношений". Осознание и опознание несоответствий провоцируют крайне травматичный для пограничных личностей разрыв отношений, иногда провоцирующий суицид.

Стараясь спастись от экзистенциальной скуки на "длительную дистанцию", лица с пограничным расстройством мечтают об идеальной любви, об установлении связи с человеком, который понимал бы их, разбирался в возникающих состояниях и проявлял к ним терпимость. Выбор значимого для них объекта облегчает хорошо развитая эмпатия.

Пограничная злость, описываемая как ярость, характеризуется большой интенсивностью и непредсказуемостью. Некоторые пациенты с ПЛР стараются подавлять ярость, в связи со страхом, что она может привести к мщению и покиданию. Подавленная ярость становится обращенной внутрь и ведет к самодеструкции. Вспышки ярости шокируют окружающих и способны резко изменить их отношение к пограничным пациентам, что достаточно специфично для динамики социальных контактов при ПЛР. В отличие от других психических нарушений, также включающих взрывы ярости, в случаях ПЛР ярость возникает на фоне хронической дисфории. Дисфория - злобно-тоскливое пониженное настроение с беспокойством, тревожностью, неприязнью к окружающему, крайней раздражительностью.

Состояние злости присутствует большую часть времени, являясь фактически фоновым состоянием. Пограничная злоба приводит к обострению семейных отношений, к различным видам домашнего насилия. Она переплетена с другими признаками ПЛР, как нестабильность настроения, деструктивная импульсивность, самоповреждающее поведение, суицидные мысли и реализации, чувство враждебности к окружающим людям.

Неумение контролировать свой гнев приводит к частым обидам и оскорблениям других людей, проявлению по отношению к ним агрессии, разрыву отношений.

Характерное для ПЛР чувство пустоты – особый феномен, выражающийся в ощущении бессмысленности, бездонного эмоционального вакуума, что может приводить к кризису идентичности, отчаянию и суициду. Пациенты описывают это чувство как ощущение своей малой значимости, незаметности, возможности своего исчезновения. По сравнению с обычной депрессией, тревогой, злобой или чувством скуки, переживание пустоты наиболее резистентно (устойчиво) к коррекции. Пустота и отчуждение – черты пограничной депрессии, отличающие последнюю от обычной депрессии.

Важной характеристикой пограничного личностного расстройства является *импульсивность* – внезапное возникновение желания, которое реализуется без каких-либо задержек, несмотря на возможную опасность для них самих и окружающих. В основе импульсивности лежит желание вырваться за пределы психологически неустраивающего состояния. Иногда это стремление заглушить какие-то неприятные эмоции, страх. Импульсивность выражается в уходе в алкоголизацию, употреблении веществ, изменяющих психическое состояние, покидании дома, установлении контактов с антисоциальными лицами, стремлении любой ценой испытать острые ощущения, участию в азартных играх, трате денег, совершении различного рода безрассудств, подверганию опасности своей жизни и жизни других.

Периоды импульсивности обычно кратковременны. Иногда они длятся до нескольких дней, а затем проходят. Происходит возврат к обычному состоянию. И по актуальному на данный момент поведению пограничных личностей установить наличие нарушения не удается.

В периоды импульсивности они вступают в беспорядочные половые связи, что им вообще несвойственно. Они не любят осознавать ситуации, провоцирующие возникновение чувства неловкости и стыда. У них отсутствует рефлексии - осмысление человеком собственных действий, размышление о своем внутреннем состоянии, самопознание - по поводу происходящего с другими людьми нет.

У лиц с ПЛР возможно возникновение особого вида нарушения, называемого нами *состоянием отказа*. Состояние развивается очень быстро на фоне какого-то из свойственных этим людям состояний. Если это случается в дневное время: на работе или во время нахождения в каком-то другом месте, возникает стремление немедленно уединиться и "залечь". Приходя домой, пограничные личности не раздеваясь "падают" в постель и "замирают". Получить от пациента информацию о содержательной стороне состояния отказа не удается. Инициатива к разговору, какое-либо стремление к общению отсутствует, продуктивный контакт невозможен, ответы на вопросы крайне лаконичны или вообще отсутствуют. Нет желания о чем-то попросить, объяснить свое состояние, рассказать о переживаниях. Аппетит и чувство жажды отсутствуют. Они лежат без каких-либо движений обычно с открытыми глазами. На попытки их растормошить отвечают короткой гневной реакцией, в лучшем варианте ответом типа "отстань", в худшем – бранью. Такое состояние может возникать и ночью, когда оно сменяет собой состояние сна. Близкие, которые знают таких людей хорошо, знакомы с этими состояниями, адаптированы к ним и поэтому не вмешиваются, зная, что нарушение скоро закончится. И, действительно, состояние отказа проходит, как правило, через несколько часов. Затем они встают, начинают приводить себя

в порядок. Попытки разговора на эту тему после выхода из состояния отказа вызывают резко отрицательную, даже злобную реакцию, поэтому наученные горьким опытом близкие люди этот вопрос не обсуждают.

Более редко, чем периоды отказа, совершенно неожиданно, в любое время и в любом месте у пограничных личностей могут возникать *импульсивные состояния ухода*. Например, человек уходит с работы/учебы домой раньше, чем положено, но куда он идет – неизвестно. Он/она исчезают, теряются. Обычно они появляются дома на утро следующего дня без денег, документов, в грязи, иногда со следами физического насилия, например, драки. О том, что происходило на самом деле, они никогда не рассказывают. Могут отметить внезапно возникшее желание "рвануть" куда-то. "Меня буквально несло, и я не хочу об этом вспоминать". Такие редкие состояния мало изучены.

Для ПЛР характерно *самоповреждающее поведение* (СПП) с частым нанесением себе порезов, микротравм. У людей, которые мало их знают, возникает впечатление о демонстративности, стремлении привлечь к себе внимание, шантажировать. Анализ показывает, что одной из причин такого поведения, связанного с аутодеструктивным драйвом, является стремление испытать боль и проверить, насколько далеко при этом можно зайти. Драйв — это инстинктивное желание, побуждающее индивида действовать в направлении удовлетворения этого желания.

Walsh и Rosen (1988) находят, что за последние до 1988 года 40 лет СПП резко возросло. Klonskyetal. в исследовании около 2000 призывников установили наличие СПП приблизительно в 4%. Большинство из них выявляло черты ПЛР или других личностных расстройств. СПП у лиц с ПЛР характеризуется недооценкой его риска для жизни, что увеличивает этот риск.

Favazza, Kreisman, Straus подчёркивают, что СПП может быть обусловлено различными целями: стремлением посредством боли избавиться от неприятных переживаний;

вызвать отчуждение от своих чувств, избавиться от нереальности; релаксироваться, снять напряжение, а также бывает связано с поиском экстаза, получением особого чувства контроля над реакцией гнева, направленной внутрь себя.

Sheareг выделяет несколько основных "функций самоповреждающего поведения":

- чтобы путем вызывания физической боли, избавиться от психической боли;

- чтобы наказать себя за отрицательные ("плохие") качества;

- чтобы контролировать чувства;

- чтобы выразить гнев;

- чтобы преодолеть эмоциональную тупость.

Jennifer Egan в статье "порезы", опубликованной 27 июля 1998 в New York Times Magazine, полагает, что порезы представляют собой экстремальное выражение тех же импульсов, которые ведут к татуировке и пирсингу, столь популярных среди современных подростков. Автор сообщила об эпидемии порезов среди подростков девочек. Не все они страдают ПЛР, но многие страдают и это следует учитывать. Самоповреждающее поведение может начинаться как акт отчаяния, отражающий невозможность передать свое состояние словами.

Самоповреждающее поведение при ПЛР имеет различные формы и необязательно направлено на совершение суицида.

В 2011 году опубликована статья, в которой описывались данные наблюдения и анализа 30 женщин с ПЛР в возрасте 18-32 года с самоповреждающим и с суицидальным поведением. Более, чем в половине случаев самоповреждающее поведение возникало впервые в подростковом возрасте.

Женщины/девушки с самоповреждающим поведением обнаруживали наличие базисной тревоги, склонность к совершению немотивированных агрессивных действий, а также аутоагрессии на фоне значительных затруднений в

межличностных коммуникациях. Непосредственной причиной самоповреждающих действий являлись обиды, неудовлетворение желания получения удовольствия, конфликты с родителями, сверстниками, друзьями, возникающие в контексте ситуации каждодневной жизни. Суицидальное поведение возникало как реакция на разрыв романтических любовных отношений, переживание унижения в социально значимых ситуациях. Обнаруживалась низкая степень переносимости переживаний поражения, неуспеха в достижении нарцисстических целей.

Самоповреждающее поведение могло возникать как реакция на обиду, было связано с чувством несправедливости в школе, на работе и/или в семейной ситуации. Самоповреждающие действия включали порезы сосудов на уровне предплечий, обжигание ладоней, причинение боли уколами булавкой или ударами твердым предметом.

Наносимые повреждения воспринимались взрослыми, близкими людьми как стремление добиться чего-то путем шантажа. Тем не менее, анализ обнаруживал более глубокое значение самоповреждающих актов. Наблюдавшиеся пациентки испытывали затруднения при попытке вербализации причин, побуждающих их к совершению этих действий.

Удавалось установить, что самоповреждающие действия во всех наблюдавшихся случаях совершались с целью изменения психического состояния. Предшествующее акту самоповреждения состояние характеризовалось возникновением эмоционального напряжения, нарастающей свободно плавающей тревогой, ощущениями, которые описывались девушками/женщинами как «потеря себя», чувство «схождения с ума», чувство «внутреннего распада, разложения», «надвигающейся катастрофы». Физическая боль при самоповреждениях играла роль отвлекающего агента, способного значительно смягчить или устранить драматические переживания. У двух обследованных успокаивающим фактором являлась не столько боль, которая в



этих случаях почти не воспринималась, а созерцание стекающей крови.

Неправильность оценки самоповреждающего поведения как инструмента шантажа подтверждалась также тем, что акты самоповреждения осуществлялись при отсутствии возможных свидетелей в изолированных, закрытых помещениях, обычно в ванной комнате. Когда никого не было дома. В двух случаях самоповреждающие действия могли быть расценены как подготовка к совершению самоубийства, его своеобразная репетиция. При этом имели место повторные усиливающиеся самоповреждающие действия, осуществляющиеся по механизму «как далеко я могу зайти», «сколько я могу вынести».

В то же время более глубокий анализ причин самоповреждающего поведения во многих случаях устанавливал, что их целью было испытание физической боли. Стремление почувствовать боль ни в одном случае не определялось желанием получения мазохистического удовольствия, а было обусловлено необходимостью избавиться от состояния психологического дискомфорта с тревогой, содержание которой было очень трудно передать словами. Женщины/девушки говорили, что возникало растущее напряжение, «не могли найти себе места», «метались из угла в угол», «хотелось вырваться на улицу», «очертя голову куда-то нестись». У некоторых из них возникало чувство «схождения с ума», «потери контроля над своими мыслями и действиями», «исчезновение себя», потерянности.

Ощущение физической боли смягчало или устраняло эти переживания и становилось способом выбора при возникновении подобных состояний.

В трех случаях динамика самоповреждения характеризовалась тем, что последующие акты самоповреждения становились все более травмирующими. Женщины/девушки при этом задавались вопросом, «как много я могу вынести», «насколько меня хватит», что сопровождалось мыслями суицидального характера. В

остальных случаях мысли о суициде не сопровождали самоповреждающую активность и женщины/девушки активно отрицали наличие какой-либо связи между самоповреждением и намерением покончить с собой. В то же время, у трети из них устанавливался интерес к самоубийствам в детском и, особенно, в подростковом возрасте. Это проявлялось в чтении литературных произведений с тематикой самоубийства, просмотре видеоматериалов на тему о самоубийстве, прежде всего в Интернете. Девушки проявляли любопытство к самоубийствам в ближайшем окружении, активно обсуждали эту тему со сверстниками.

Во всех наблюдавшихся нами случаях непосредственной причиной суицидной попытки являлась психическая травма, связанная с разрывом эмоционально значимых отношений с любимым человеком. В связи с этим, у женщин/девушек можно было отметить наличие четкой дифференциации между сексуальным промискуитетом, частыми кратковременными сексуальными связями и настоящей влюбленностью. Сексуальный промискуитет у них обычно возникал в рамках импульсивного поведения и являлся своего рода психологической защитой в качестве «инструмента» устранения периодически возникающей экзистенциальной тревоги. Они употребляли алкоголь, вступали в случайные связи и в дальнейшем не хотели вспоминать об этих инцидентах и тем более повторно встречаться со случайными сексуальными партнерами.

Согласно нашим наблюдениям, у женщин/девушек с пограничным личностным расстройством имело место формирование любовных отношений по типу осуществления реализации «пограничной мечты».

Как указывалось ранее, содержанием пограничной мечты у лиц с пограничным личностным расстройством являются фантазии на тему нахождения партнера/партнерши и вступления с ними в симбиотические отношения, позволяющие посредством психологического смешивания избавить себя от исходной недостаточности. Психологические

нарушения, входящие в структуру пограничного личностного расстройства сопровождаются хронически присутствующим чувством неполноценности, которая обнаруживает тенденцию к усилению под влиянием различных психотравмирующих факторов. В процессе анализа наблюдавшихся случаев устанавливалось, что его корни уходили в переживания раннего детского возраста и отражали нереализованные мечты о всеохватывающей «родительской нежности».

В ситуации воспитания в дисфункциональной семье при недостаточной эмоциональности и дистанцировании родителей у девочек в подростковом возрасте возникали мечты на тему «появления героя», который влюбился бы в них и, вступив в брачные отношения, избавил от чувства одиночества, неуверенности, неадекватности, слабости, решая за них все проблемы и сложности, возникающие в повседневной жизни. Обладая обостренной интуицией и эмпатией, эти женщины/девушки уже в раннем зрелом возрасте находили партнеров, которые соответствовали содержанию фантазий, «вписывались» в придуманный сценарий. Они умели привлечь к себе внимание таких лиц. Их выбор оказывался, как правило, неслучайным, по-существу, двусторонним: выбирали не только они, но выбирали и их. Психологическим элементом, привлекающим внимание обеих сторон, была способность к быстрому установлению в контактах эмпатического созвучия с партнером. Женщин/девушек с пограничными расстройствами привлекала в партнерах энергичность, ощущение безграничных способностей, силы, умения справляться с трудностями, находить выход из сложных ситуаций. Другую сторону привлекала кажущаяся незащищенность клиенток, способность выступать перед ними в роли лиц, вызывающих восхищение и обожание.

В данной динамике проявлялось влияние исходного комплекса низкой самооценки с его способностью прорываться на уровень осознания уже в периоде романтических отношений. Наименее благоприятным

оказывался вариант, в котором в структуре личностных особенностей была значительно представлена импульсивность.

Выявлялось потенциально отрицательное влияние повышенного стремления к максимальной реализации идеала психологического симбиоза с партнером, что выражалось в стремлении постоянно находиться рядом, совместно участвовать в различных активностях, как можно дольше сохранять функционирование на одной эмоциональной волне. При таком варианте поведения другая сторона, фактически лишалась какой-либо свободы выбора, что неизбежно вызывало назревание раздражения, реакцию протеста и возникновение конфликта. Обостренная интуиция и эмпатия оказывались здесь плохими союзниками, так как позволяли легко распознавать появления эмоциональных несовпадений, тем более отрицательных эмоциональных реакций у другого члена любовной диады. Все эти психологические элементы раньше или позже приводили к разрыву любовных отношений, разрыв оказывался серьезной психологической травмой для клиенток, так как разрушалась лежащая в основе любовных отношений «пограничная мечта». Прекращение отношений приводило к возникновению депрессий. В ряде случаев возникшая влюбленность, сменялась чувством ненависти к партнеру/партнерше с желанием мести. В то же время, обычно после относительно короткого промежутка времени возникала новая влюбленность, которая протекала в соответствии с описанной моделью.

Разрыв любовных аддиктивных отношений сопровождался во всех наблюдавшихся случаях обострением симптомов личностных нарушений, исчезновением инстинкта выживания с развитием чувства беспомощности, безысходности, потери смысла жизни.

ПЛР, согласно Sansone, сопровождается повышенным риском совершения суицида, занимая четвертое место как фактор риска после депрессии, шизофрении и алкоголизма (в свою очередь, часто развивающиеся при ПЛР). В возрастных

группах повышенного риска (15 – 29 лет) пациенты, совершившие самоубийство, были диагностированы ранее как ПЛР в 30% случаев. Более 70% пациентов с ПЛР имели в анамнезе историю суицидных попыток или самоповреждающего поведения (СПП), по сравнению с 17,5% пациентов с другими формами личностных расстройств.

Характерной чертой являются совершаемые лицами с ПЛР *суицидные попытки в ситуациях, которые при объективном рассмотрении причиной суицида быть не могут*. И хотя мысль о суициде может не реализоваться "по техническим причинам", но она всегда серьезна. Свойственное им самоповреждающее поведение далеко от демонстративности, характерной для гистрионических (истероидных) суицидных попыток. Типичной является не демонстративность, а необходимость самопроверки с постановкой вопроса "А что же на самом деле я могу выдержать?".

Soloff, Lis, Kellyetal. приводят факторы, усиливающие риск суицида при ПЛР:

- прежние суицидные попытки;
- прежние госпитализации;
- история длительной депрессии;
- безнадежность;
- импульсивность и агрессия;
- коморбидные (сопутствующие) антисоциальные характеристики;
- злоупотребление алкоголем и субстанциями;
- злоупотребление субстанциями (например, алкоголем, наркотиками) родителей;
- безработица и частые смены работы;
- высшее образование;
- молодой возраст;
- факт насилия в детстве (особенно сексуального) или ранняя потеря близких людей;
- тюремный приговор;
- неадекватная психиатрическая помощь.

Анализ попыток самоубийства выявляет наличие к нему интереса, начиная с детского периода жизни. Суициды и разговоры на эту тему притягательны. Суицидальные сценарии становятся содержанием ментального поля, присутствуют в воображении, получают развитие в фантазиях, становятся чем-то вроде хобби, к которому пациенты периодически возвращаются.

Обследованные нами пациентки с ПЛР обнаруживали уже в раннем детско-подростковом периоде интерес к экзистенциальным проблемам жизни и смерти. Они неоднократно задавали эти вопросы родителям и другим взрослым членам семьи, проявляли интерес ко всякой информации о самоубийствах. Подростковый максимализм выступал у них в заостренной форме, проявляясь в виде мышления по типу «все или ничего», бескомпромиссности, резкой полярности умозаключений, стремлению к чрезмерной идеализации, сменяющейся полным обесцениванием идеалов. Многие из обследованных пациенток уже в подростковом периоде разрабатывали планы и техники возможного самоубийства. Самоубийство рассматривалось как проявление смелости, сильных волевых качеств и даже как акт героизма.

Непосредственная причина суицидальных попыток у лиц с ПЛР не сводится только к импульсивности. К числу дополнительных, провоцирующих самоубийство факторов, относятся межличностные конфликты с интимными партнерами. При выборе партнера/партнерши используется хорошо развитая эмпатия. Выбирается человек, умеющий вступать в глубокие отношения. В силу выраженного чувства одиночества и ощущения своей несостоятельности, возникает потребность в примыкании к наиболее подходящему для себя человеку. Возникновение связи сопровождается страхом покидания, страхом предстоящего разрыва. Постоянное пребывание в состоянии готовности к разрыву отношений тем самым провоцирует его. Лица с ПЛР считают, что в них есть нечто такое, что отталкивает других людей, и раньше или позже разрыв отношений обязательно произойдет. Поэтому

страх ожидания и желание избавиться от эмоционального напряжения, вызванного этим страхом, в ряде подталкивает их в поведение, ускоряющему разрыв отношений. Переживание разрыва, в свою очередь, ведет к суицидным мыслям, и к поведению, направленному на их реализацию.

Знание факторов, предрасполагающих к развитию личностных расстройств в детском и подростковом возрасте, умение выявлять признаки пограничного личностного расстройства и проводить их психолого-педагогическую коррекцию позволяет снизить риск самоповреждающего и суицидного поведения в молодежной популяции.

## Глава 4. Определение понятий. Типология суицидов

Самоубийство (суицид) – это осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.п.). К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

По другой классификации суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые. **Истинный суицид** направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

**Демонстративный суицид** не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности.

**Скрытый суицид (косвенное самоубийство)** – вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное («аутодеструктивное») или



«саморазрушительное») поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, особенно в нетрезвом состоянии, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление наркотиков, алкоголя, сильнодействующих медикаментозных средств, и самоизоляция.

Несмотря на очевидную уникальность каждого случая, *самоубийства имеют ряд общих характеристик*. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей. Для *суицидента характерны*: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности – заикленность на проблеме, «туннельное зрение». Все это приводит к сужению выбора до бегства в «суицид». При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам.

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40% – в течение последней недели до совершения фатального поступка, 30% так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

Рассмотрим *общие черты самоубийств*

Эдвин Шнейдман на основе многолетних исследований выделил несколько общих черт самоубийства, рассмотрим их подробнее:

1 - общей целью для суицида является поиск решения проблемы. Прежде всего, суицид не является случайным действием. Он никогда не бывает бессмысленным. Он является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому-либо вызова, выходом из затруднений, психологического

кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Он является ответом — единственно доступным для человека ответом на труднейшую задачу, жизненную головоломку: как из всего ВЫБРАТЬСЯ, что делать? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему интенсивные страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно, прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен;

2 - общей задачей суицида является прекращение сознания, своеобразным и парадоксальным образом суицид является одновременно движением к чему-то и бегством от чего-либо; то, к чему движется человек. Общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении сознания невыносимой душевной боли как решении актуальных болезненных жизненных проблем. (Как таковая «СМЕРТЬ» СТАНОВИТСЯ при этом побочным продуктом.) У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как достойном выходе из невыносимой ситуации при наличии у него душевного чрезмерного волнения;

3 - общим стимулом суицида является невыносимая психическая боль, прекращение своего потока сознания – это то, к чему движется суицидальный человек, та душевная боль – это то от чего он стремится убежать;

4 - общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как бессмысленный и необоснованный поступок. Любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем кажется логичным человеку, который его совершает;

5 - общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность;

6 - общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы;

7 - общим действием при суициде является бегство (агрессия). Бегство отражает стремление человека удалиться из зоны бедствия. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы, дезертирство из армии.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из следующих этапов

1. **Этап суицидальных тенденций.** Тенденции проявляются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется *превенция суицида*, то есть его предотвращение на основании распознавания психологических или социальных предвестников. Главный смысл превентивных мер состоит в том, чтобы убедить общество, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходящее и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у окружающих будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

2. **Этап суицидальных действий.** Он намечается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под **суицидальной попыткой** понимается сознательное стремление лишить себя жизни, которое по независящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца.

Самоповреждения напрямую не направлены на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение, направленные на оказание психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод) носят название **парасуицида**. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но есть случаи, когда человек гибнет, потому что «переиграл».

Суицидальные тенденции могут также привести к **завершенному суициду**, результатом которого является смерть. На этом этапе осуществляется процедура **интервенции**. Она представляет собой способ вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых, а не в том, чтобы переделать структуру личности человека или излечить его нервно-психические расстройства. Это самое важное условие, без которого остальные усилия психотерапии и методы оказания помощи оказываются недейственными.

**3. Этап постсуицидального кризиса.** Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются **поственция** и **вторичная превенция** суицидального поведения.

**Поственция** – это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения. Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшение степени заразительности суицидального поведения, а также в оценке и идентификации факторов риска повторного суицида.

Для осуществления превенции самоубийств ВОЗ предлагает использовать три концептуальные модели:

**1) Медицинская модель превенции** рассматривает попытку суицида прежде всего как крик о помощи, к которому приводят эмоциональные расстройства и психологический кризис. Консультирование, медикаментозное и

психотерапевтическое лечение, снижающее уровень аутоагрессии, являются основными задачами этой модели;

**2)социологическая модель** ориентирована на идентификацию факторов и групп риска с целью адекватного контроля за суицидальными тенденциями;

**3)экологическая модель** предусматривает исследование связи суицида с факторами внешнего окружения в конкретном социокультурном контексте. Реализация этой модели состоит, прежде всего, в контроле и ограничении доступа к различным средствам и инструментам аутоагрессии.

Представление о суициде в нашей культуре окружено огромным количеством мифов. Осознание их может удержать консультанта от многих ошибок.

### ***Мифы и факты о суициде***

**1. Миф: говоря о желании покончить с жизнью, человек просто пытается привлечь к себе внимание.**

Люди, которые говорят о самоубийстве или совершают суицидальную попытку, испытывают сильную душевную боль. Они стараются поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозы совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.

**2. Миф: человек совершает самоубийство без предупреждения.**

Исследования показали, что человек дает много предупреждающих знаков и «ключей» к разгадке его плана. Приблизительно 8 из 10 задумавших самоубийство намекают окружающим на это.

**3. Миф: склонность к самоубийству наследуется.**

Склонность к самоубийству не передается генетически.

**4. Миф: самоубийства происходят только на верхних уровнях общества – среди политиков, писателей, артистов и т.п.**

Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

**5. Миф: все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.**

Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.

**6. Миф: разговор о самоубийстве может усилить желание человека уйти из жизни.**

Разговор о самоубийстве не может быть причиной его совершения. Если не поговорить на эту тему, то невозможно будет определить, является ли опасность суицида реальной. Часто откровенная, душевная беседа является первым шагом в предупреждении самоубийства.

**7. Миф: если человек совершил суицидальную попытку, значит он всегда будет суицидальной личностью, и в дальнейшем это обязательно повторится.**

Суицидальный кризис обычно носит временный характер, не длится всю жизнь. Если человек получает помощь (психологическую и другую), то он, вероятнее всего, сможет решить возникшие проблемы и избавиться от мыслей о самоубийстве.

**8. Миф: люди, задумавшие самоубийство, просто не хотят жить.**

Подавляющее большинство людей с суицидальными намерениями колеблется в выборе между жизнью и смертью. Они скорее стремятся избавиться от непереносимой душевной боли, нежели действительно хотят умереть.

**9. Миф: мужчины пытаются покончить жизнь самоубийством чаще, чем женщины.**

Женщины совершают суицидальные попытки приблизительно в 3 раза чаще, чем мужчины. Однако

мужчины убивают себя приблизительно в 3 раза чаще, чем женщины, поскольку выбирают более действенные способы, оставляющие мало возможностей для их спасения.

**10. Миф: все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными и свидетельствуют об отсутствии плана.**

Не всегда так происходит. Большинство пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия.

**11. Миф: человек может покончить с собой под воздействием обстоятельств даже в хорошем расположении духа.**

В хорошем настроении с жизнью не расстаются, зато депрессивное состояние, как правило, рождает мысли о самоубийстве.

**12. Миф: не существует значимой связи между суицидом, наркоманией, токсикоманией, алкоголизмом.**

Зависимость от алкоголя, наркотиков, токсических веществ является фактором риска суицида. Люди, находящиеся в депрессивном состоянии часто используют алкоголь и другие вещества, чтобы справиться с ситуацией. Это может привести к импульсивному поведению, так как все эти вещества искажают восприятие действительности и значительно снижают способность критически мыслить.

**13. Миф: суицид – редкое явление.**

В Северной Америке суицид входит в число десяти основных причин смерти (для детей и юношества это одна из двух основных причин смерти). Мысли о самоубийстве приходят почти половине населения Соединенных Штатов. Суицидальные попытки совершают 1 из 250 человек. Фактически число суицидальных попыток может быть и гораздо больше, так как некоторые самоубийства маскируются под несчастные случаи.

**14. Миф: если человек уже решил умереть, то его невозможно остановить.**

Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием

умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.

Суицидальное поведение детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием. Детям характерна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критики, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения.

Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков.

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным, аффективным и истинным. По другой классификации выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется, это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

### **Основные мотивы суицидального поведения детей и подростков**

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.

2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.

3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.



4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек или унижения.
6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

### **Особенности суицидального поведения в молодом возрасте**

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидность суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегам из дома, прогулами в школе, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями,

алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых.

#### **Признаки депрессии у детей и подростков**

| <b>Дети</b>                         | <b>Подростки</b>                          |
|-------------------------------------|---|
| Печальное настроение                | Печальное настроение                      |
| Потеря свойственной детям энергии   | Чувство скуки                             |
| Внешние проявления печали           | Чувство усталости                         |
| Нарушение сна                       | Нарушение сна                             |
| Соматические жалобы                 | Соматические жалобы                       |
| Изменения аппетита или веса         | Неусидчивость, беспокойство               |
| Ухудшение успеваемости              | Фиксация внимания на мелочах              |
| Снижение интереса к обучению        | Чрезмерная эмоциональность                |
| Страх неудачи                       | Замкнутость                               |
| Чувство неполноценности             | Рассеянность внимания                     |
| Негативная самооценка               | Агрессивное поведение                     |
| Чувство «заслуженной отвергнутости» | Непослушание                              |
| Низкая фрустрационная толерантность | Склонность к бунту                        |
| Чрезмерная самокритичность          | Злоупотребление алкоголем или наркотиками |
| Сниженная                           | Плохая успеваемость                       |

|   |                 |
|---|-----------------|
| социализация, замкнутость                         |                 |
| Агрессивное поведение, отреагирование в действиях | Прогулы в школе |

### **Диагностика суицидальных состояний**

По мнению исследователей, диагностировать суицидальное поведение у подростков возможно.

Для своевременной диагностики необходимо знать следующие вербальные и невербальные показатели, свидетельствующие о возможном наступлении у них суицидального состояния.

Проявления суицидального поведения у подростков могут быть:

#### *1. Словесные:*

- прямые или косвенные разговоры о смерти;
- проявления нездорового интереса к вопросам смерти.

#### *2. Поведенческие:*

- демонстрации радикальных перемен в поведении;
- проявление признаков беспомощности.

#### *3. Ситуационные:*

- предпринимал ранее попытки самоубийства;
- социально изолирован.

Появление у ребенка указанных поведенческих проявлений служит сигналом, что его состояние близко к суицидальному состоянию и с ним необходимо начинать индивидуальную работу.

Диагностика основывается на измерении степени выраженности аутоагрессивных факторов, сформированность суицидальных мотивационных комплексов и антисуицидальных. Кроме того, считаются диагностическими по отношению к суициду методики субъективного ощущения одиночества, тревожности и агрессивности.

Для диагностики могут быть использованы следующие методики:

- тест «Выявление суицидального риска у детей», Кучера А.А. и Костюкевича В.П.;
- тест «Противосуицидальная мотивация», Вагина Ю.Р.;
- тест Кондаша «Шкала социально-ситуативной тревоги»;
- социометрический тест Дж. Морено.

Тест «Выявление суицидального риска у детей» предлагается в виде теста на определение интеллекта (для того, чтобы не акцентировать внимание ребенка на тесте, позволяющем оценивать суицидальные намерения). Подросткам предлагается соотнести в соответствующие колонки заранее подготовленной таблицы воспринимаемые на слух выражения. При этом на обдумывание внутреннего смысла выражения и определения его содержания отводилось 5-7 секунд.

Кучер А.А. и Костюкевич В.П. выделили степень готовности к суициду в колонке «Добровольный уход из жизни». Если количество выражений, размещенных в данной колонке, не превышает 9, то риск суицидального поведения невысок, если же их от 9 до 12, то данные подростки имеют определенные проблемы, которые способны спровоцировать суицидальное поведение, если же количество высказываний превышает 12, то этим подросткам требуется неотложная помощь.

## **Глава 5.Профилактика суицидального поведения детей и подростков в условиях образовательного учреждения.**

### **Основные принципы профилактики суицидов у детей и подростков**

Профилактика суицидального поведения – различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, в частности, превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения.

Следовательно, профилактика суицидального поведения детей и подростков – одна из важных и сложнейших задач нашего общества.

Один из способов решения данной задачи – это создание системы профилактики суицидального поведения детей и подростков в образовательном учреждении, как комплекса организационно-педагогических мер.

Соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе педагогических сотрудников, а так же освоение необходимого минимума знаний возрастной психопатологии существенно помогут при решении данной задачи.

Таким образом, повышение уровня психологической подготовки учителей, социальных педагогов, родителей, а так же увеличение численности школьных психологов являются обязательными факторами для создания различных форм психологической помощи.

Необходимо создание безопасной образовательной среды, которая включает в себя следующие условия:

- гуманизация отношений самих участников образовательного процесса;
- адресная помощь ребенку в решении актуальных задач жизнедеятельности (затруднения, личностные и межличностные проблемы);

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

- создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе, так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся);

- активное предупреждение возникновения острых, деструктивных проблем развития ребенка в течение учебного дня в школе;

- эффективное применение адекватных методов и технологий работы в условиях стрессовой ситуации;

- повышение уровня психолого-педагогической компетентности педагогов, психологов, управленцев, родителей, а также самих детей, включая овладение ими технологиями индивидуальной и групповой работы в условиях стрессовой ситуации;

- выявление и поддержка детей и подростков, оказавшихся в сложной жизненной ситуации;

- организация мероприятий по оздоровлению и отдыху во внеурочное время детей из неблагополучных и малообеспеченных семей;

Главная специфика организации социально-психолого-педагогической работы с детьми и подростками, склонными к суициду, заключается в проведении мероприятий, способствующих изменению их социальной изоляции и уменьшению суицидальных тенденций.

Во-первых, это устранение отрицательных факторов внутрисемейных отношений.

Во-вторых, это оптимизация межличностных отношений, подключение к оказанию помощи суицидентам различных учреждений, «клубов по интересам» и пр.

Но главные усилия должны быть направлены на выяснение и ликвидацию конфликтной ситуации, которая привела к суициду.

Кроме этих мероприятий, необходимо оказать содействие в предоставлении суициденту необходимой социальной помощи: материальной, социально-бытовой, социально-психологической. Также необходимо оказать социально-психологическую помощь близким и родственникам суицидента.

Таким образом, организация социально-психолого-педагогической работы в образовательном учреждении по предотвращению суицидов в детско-подростковой и молодежной среде идет по двум основным направлениям:

- профилактика суицидальных попыток в ученических коллективах;
- адаптация суицидентов и их окружения к изменившейся окружающей обстановки.

В свою очередь, эти направления подразделяются на более «мелкие», такие как:

- организация мероприятий по работе с группами риска;

### **Уровни профилактики суицида в образовательной среде**

*Первый уровень – общая профилактика.*

Цель – создание безопасной общеобразовательной среды, повышение сплоченности в школе.

Мероприятия:

- создание школьных программ (или системы действий) развития психического здоровья и безопасности, организация внеклассной воспитательной работы;
- разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи;
- изучение особенностей психолого-педагогического особенностей взаимодействия детей в классе, школе;
- изучение психолого-педагогического статуса каждого учащегося и формирование позитивного самовосприятия;

- создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе;
- привлечение разных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка;
- создание условий для формирования и развития существующих в обществе социальных норм поведения детского милосердия, ценностных отношений в социуме;
- оформление информации на стенде о том, где можно получить поддержку и медицинскую помощь, круглосуточную помощь, телефоны доверия.

*Второй уровень – первичная профилактика.*

Цель - выделение групп суицидального риска, сопровождение детей, подростков и их семей с целью предупреждения самоубийств.

Мероприятия:

- диагностическая работа;
- индивидуальная и групповая коррекционно-развивающая работа с детьми, оказавшимися в сложной жизненной ситуации;
- выявление детей, нуждающихся в психолого-педагогической поддержке;
- работа с семьей ребенка, попавшего в сложную жизненную ситуацию или находящегося в кризисном состоянии;
- оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния, обращение к специалистам (психолог, психотерапевт и т.д.);
- индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, повышение самооценки, эмпатии, терапии кризисных состояний, копинг-стратегий;
- классные часы, круглые столы, стендовая информация (в том числе, беседы с учащимися о помощи другу, который оказался в трудной жизненной ситуации, так как подростки в



трудной ситуации чаще обращаются к своим друзьям, чем ко взрослым);

- психологическое просвещение педагогического коллектива (семинары, мастер-классы) по вопросам дезадаптивного поведения детей и подростков (в том числе, суицидального), дается информация по профилактике суицида (например, маркеры суицидального поведения);

- информирование родителей о причинах, факторах суицидального поведения, предоставление рекомендаций (как заметить приближающийся суицид).

*Третий уровень – вторичная профилактика.*

Цель - предотвращение суицида.

Мероприятия:

- оценка риска суицида:

- 1) крайняя (учащийся имеет средства самоубийства, выработан план);

- 2) серьезная (есть план, нет орудия);

- 3) умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудия);

- установление педагогом-психологом контакта с тем, кто знает о намерениях учащегося, заявившего о суицидальных намерениях;

- оповещение соответствующего учреждения (психологический центр), запрос о помощи;

- оповещение родителей;

- разбор случая со школьным персоналом, включение в работу.

*Четвертый уровень – третичная профилактика.*

Цель - снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия:

- оповещение сотрудников образовательного учреждения;
- приглашение специалиста для работы с друзьями и близкими;
- контроль за эмоциональным климатом в школе и его изменением;
- оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия;
- оформление информации на стенде, куда можно обратиться за психологической поддержкой и медицинской помощью (если такового еще нет);
- информирование родителей и учащихся о времени проведения консультирования;
- проведение месячника профилактики суицидального поведения (пример мероприятий: конкурс фотографий жизненных ценностей, акции, флеш-мобы, тренинги, круглые столы, выпуск стенгазет);
- проведение лекториев, классных часов, внеклассных мероприятий на тему ценности жизни;
- постоянная просветительская работа с родителями.

***Важно!***

- если суицид официально признается причиной смерти учащегося, не нужно упоминать среди детей средства совершения самоубийства
- при завершенном суициде будьте готовы сказать «Нет» на все просьбы о проведении вечера памяти в честь погибшего (это может привести к увеличению суицидальных попыток у окружения)
- друзьям и учащимся может быть разрешено посещение похорон, но они не должны нести гроб.
- пропаганда психологических и правовых знаний, в том числе и введение в образовательных учреждениях разнообразных спецкурсов, например, «Преодоление трудностей».
- проведение суицидологических исследований в ученических коллективах;

- взаимодействие со средствами массовой информации, органами власти, с различными национальными и международными организациями и др.

Примеры профилактических мероприятий:

1. Классные часы (например, «Если конфликт с родителями», «Как справиться со стрессом»).

2. Групповые занятия по формированию социальных навыков и навыков здорового образа жизни.

3. Родительский лекторий (например, «Как понять подростка», «Позитивное и негативное в поведении ребенка: как к этому относиться»).

4. Консультирование учащихся, семей учащихся с внутрисемейными проблемами, семей находящихся в трудной жизненной ситуации и др.

5. Цикл занятий для подростков (например, «Мои жизненные ресурсы», «Путешествие в будущее»).

Таким образом, эффективность и результативность профилактической работы повышается при комплексном подходе к решению проблемы и оценивается по признакам уменьшения нежелательного поведения детей и подростков.

### **Примерный алгоритм исследования причин и особенностей суицидального поведения**

Суицидальное поведение может быть следствием социально-психологической дезадаптации личности учащихся в условиях переживаемых ими конфликтов: снижение социально-психологической адаптированности личности в виде предрасположенности, готовности к совершению суицидов. В рамках проведения комплекса профилактических мероприятий по предупреждению самоубийств среди учащейся молодежи педагогическими работникам целесообразно исследовать причины и особенности суицидального поведения в детско-подростковых и молодежных коллективах. Рассмотрим примерный алгоритм исследования:

1. Исследование психологической атмосферы в семье, изучение личных дел учащихся, диагностическое

исследование психологической атмосферы в семье, посещение на дому, взаимодействие с ближайшим социальным окружением учащегося, особенно необходимо обратить внимание на:

- несправедливое отношение со стороны родителей;
- развод (или супружеские измены) в семье учащегося;
- потерю одного из членов семьи;
- неудовлетворенность в доверительных отношениях с родителями;
- одиночество, недостаток внимания со стороны окружающих.

2. Наблюдение за состоянием психического и физического здоровья, изучение личных дел и медицинских карт учащихся, особенно обратить внимание на:

- реальные конфликты и мотивы участников конфликта;
- патологические наследственные причины (алкоголизм родителей, психопатия, психологические травмы, зависимости и пр.);
- соматические заболевания, эмоциональные переживания, зависимости от компьютерных и азартных игр, алкоголя, наркотических веществ.

3. Взаимодействие в социуме, изучение межличностных отношений «учащийся - учащийся», «учащийся - педагог», выявление референтных групп, особенно обратить внимание на:

- отверженность, неприятие, унижение личностного достоинства ребенка и др.;
- несостоятельность, неудачи в учебе, падение престижа в коллективе сверстников;
- несправедливые требования к учащемуся;
- принадлежность к молодежным асоциально настроенным группам, деструктивным сектам или боязнь

конфликтов, угроз, расправ за разрыв отношений с ними;

- страх иного наказания или позора, самоосуждение за неблаговидный поступок.

4. Дезадаптирующие условия:

- снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам;

- своеобразие личностного развития, несформированность навыков общения;

- неадекватная самооценка личностных возможностей;

- потеря любимого человека; уязвленное чувство собственного достоинства;

- отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;

- состояние постоянного (прогрессирующего) переутомления;

- паническая боязнь будущего и т.д.

### **Оценка факторов и индикаторов суицидального риска подростка**

В подростковом возрасте суицидальное поведение отличается многообразием: это суицидальные мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки. До 13-летнего возраста суицидальные попытки встречаются крайне редко. Начиная с 14—15 лет эта активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам. И психологу, и педагогу необходимо очень внимательно отнестись к малейшим признакам предрасположенности того или иного подростка к суициду. Следует обращать внимание на следующие факторы суицидального риска.

*Социально-демографические факторы:*

Пол — мужской (уровень суицидов у юношей в три-четыре раза выше, чем у девушек, в то время как у женщин уровень суицидальных попыток примерно в три раза выше).

Возраст — подростки и молодые люди 14-24 лет.

Семейная ситуация (непонимание со стороны родителей, безразличное отношение друг к другу и т. п.).

*Медико-психологические факторы:*

1. Психическая патология:

депрессия, особенно затяжной депрессивный эпизод в недавнем прошлом;

алкогольная зависимость и зависимость от других психоактивных веществ;

расстройство личности;

циклоидная, сенситивная, эпилептоидная, истероидная акцентуации характера.

2. Соматическая патология — тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание:

врожденные и приобретенные уродства;

потеря физиологических функций (зрения, слуха, способности двигаться, утрата половой функции);

ВИЧ-инфекция.

*Биографические факторы:*

Гомосексуальная ориентация (подростки обоего пола).

Суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом.

Суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (музыкальные кумиры и т. д.).

*Следующие вопросы помогут вам точнее определить биографические факторы и их значение:*

Что случилось тогда? Что удержало тогда от суицидальной попытки? Пытался ли покончить с собой кто-либо из близких, друзей подростка? Есть ли человек, которым он восхищается (является для него примером), жив ли он? Как он умер?

*Индикаторы суицидального риска* - это особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые также увеличивают степень риска суицидального поведения.

*Ситуационные индикаторы суицидального риска:*

- смерть любимого человека;
- расставание с любимой (ым);

- вынужденная социальная изоляция, особенно от друзей или семьи (переезд на новое место жительства);
- сексуальное насилие;
- нежелательная беременность;
- позор, унижение — «потеря лица».

Крайне важно не оценивать события с точки зрения своей системы ценностей, а понять, что это значит для самого подростка.

*Поведенческие индикаторы суицидального риска:*

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- уход из дома и т.п.;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- «приведение дел в порядок» (письма к родственникам и друзьям, раздавание личных вещей).

*Коммуникативные индикаторы суицидального риска:*

- разрешающие установки к суицидальному поведению;
- негативная триада, характерная для депрессивных состояний: негативная оценка своей личности, окружающего мира и будущего;
- «туннельное поведение» — неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов;
- импульсивность как характерологическая черта играет важную роль в суицидальном поведении.
- доступность средств суицида (фармакологические препараты всегда под рукой или их еще нужно приобрести) и т. п.

*Эмоциональные индикаторы суицидального риска:*

- амбивалентность по отношению к жизни;

- депрессивное настроение: безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, отчаяние;
- переживание горя.

*Средства решения проблем для подростка* - это те «сильные стороны», которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодоления кризиса с позитивным балансом.

*Внутренние ресурсы:*

- инстинкт самосохранения;
- интеллект;
- социальный опыт;
- коммуникативный потенциал;
- эмоционально-волевая сфера;
- позитивный опыт решения проблем.

*Внешние ресурсы:*

- поддержка семьи и друзей;
- приверженность религии;
- медицинская помощь;
- индивидуальная психотерапевтическая программа.

Психодиагностика суицидального поведения в образовательном учреждении.

*1. Внешний вид и поведение:*

- тоскливое выражение лица;
- гипомимия и амимия;
- замедленная речь (тихий монотонный голос, краткость или отсутствие ответов на вопросы и т.д.) или ускоренная экспрессивная речь;
- экспрессивно-патетические формы поведения (частые заламывания рук, стоны, стенания, громкие вздохи и т.д.);
- причитания, склонность к нытью;
- общая двигательная заторможенность или двигательное возбуждение;
- стремление к самоповреждению;
- запущенный вид или неряшливость в одежде.



2. *Эмоциональные нарушения:*

- скука, грусть, уныние;
- угнетенность, мрачная угрюмость;
- злобность;
- раздражительность;
- ворчливость, брюзжание;
- чувство физического недовольства;
- безразличное отношение к себе;
- беспредметная (немотивированная) тревога;
- предметная (мотивированная) тревога;
- ожидание непоправимой беды;
- мотивированный страх;
- тоска как постоянный фон настроения;
- взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности;
- углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг;
- немотивированный страх.

3. *Оценка собственной жизни:*

- пессимистическая оценка своего прошлого;
- избирательное воспоминание неприятных событий прошлого;
- пессимистическая оценка своего нынешнего состояния;
- отсутствие перспектив в будущем.

4. *Взаимодействие с окружающими:*

- неприязненное, враждебное отношение к окружающим;
- чувство ненависти к благополучию окружающих;
- нелюдимость, избегание контактов с окружающими;
- стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью;
- капризность, склонность к нытью;
- эгоцентрическая направленность на свои страдания.

#### 5. *Вегетативные нарушения:*

- слезливость;
- расширение зрачков;
- сухость во рту (симптомы «сухого языка»);
- повышенное артериальное давление;
- учащенное сердцебиение (тахикардия);
- ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха;
- ощущение «комка» в горле;
- головные боли;
- бессонница или повышенная сонливость;
- нарушение ритма сна;
- снижение или повышение веса тела;
- снижение аппетита.

#### **Методы психокоррекции**

Одним из основных, наиболее доступных в настоящее время методов психокоррекционной работы с лицами, склонными к суициду является беседа. Когда ребенок попадает в психологически сложную ситуацию, он, как правило, ищет сочувствия у окружающих, стремится к общению с ними, стремится «выговориться». Это происходит в силу того, что та психологически важная информация, которая проговаривается в слух, как бы отчуждается от человека, отходит на второй план, снижается ее актуальность, облегчаются переживания ребенка.

Педагог в случае, если его воспитанник близок к суицидоопасному состоянию, должен принять меры по разрешению данной ситуации. Для этого необходимо, как минимум, побеседовать с ребенком. Педагог должен знать, что:

- приглашение на беседу необходимо сделать лично;
- беседу следует проводить в неформальной обстановке, при отсутствии посторонних;
- с целью создания более доверительной атмосферы, беседу рекомендуется проводить в вечернее время, потому что в это время негативные переживания усиливаются, обостряется чувство одиночества;

- во время беседы нужно быть внимательным и заинтересованным своим собеседником. Его необходимо убедить в том, что его проблемы будут поняты. В этом случае уменьшается степень его эмоциональной напряженности, благодаря чему ребенок имеет возможность более откровенно говорить о своих переживаниях и проблемах.

В ходе беседы необходимо убедить ребенка в том, что:

- сложное эмоционально-психологическое состояние, в котором он находится в настоящее время, является не постоянным, а временным;

- каждая жизнь является большой ценностью, и распоряжаться ей безответственно нельзя;

- его жизнь нужна его родным и близким, друзьям, и его уход из жизни станет для них тяжелой нравственной травмой.

После проведения беседы дальнейшая работа с ребенком должна строиться исходя из личных особенностей воспитанника и реалий сложившейся ситуации. В силу многовариантности возможных ситуаций и характерологических особенностей детей, давать детализированные рекомендации по дальнейшей работе с ними, не зная всех особенностей, нецелесообразно. Вместе с тем необходимо очень серьезно и внимательно отнестись ко всем высказываниям ребенка. По возможности создать для ребенка более «щадящие» условия в процессе обучения, ставить перед ним несложные задачи, выполнение которых поможет укрепить самооценку воспитанника. Необходимо, чтобы ребенок не оставался без внимания и контроля. В случае ухудшения ситуации и состояния ребенка, необходимо срочно обращаться к специалистам.

Проведение психокоррекционной работы с детьми с целью профилактики суицида так же должно быть минимальным по времени, не требующим наличия специального оборудования. Поэтому мы считаем наиболее эффективным использование приемов нервно-мышечной релаксации, дыхательные упражнения.

Эти упражнения наиболее просты для усвоения, не требуют предварительной специальной подготовки, специально оборудованных помещений и технических средств.

В дальнейшем, они могут использоваться детьми самостоятельно без помощи специалиста в любое время, в любых ситуациях как только возникнет необходимость.

### **Обучение приемам нервно-мышечной релаксации**

Термин «прогрессивная мышечная релаксация» связан с именем американского психолога Э. Джекобсона, издавшего в 1929 году книгу "Прогрессивная релаксация".

Он установил существование прямой зависимости между повышенным тонусом (напряжением) скелетной мускулатуры и различными формами астенических эмоций: тревогой, страхом, смущением и т.д. Для устранения этих неприятных переживаний он предложил использовать серию простых упражнений, которым дал название "техника прогрессивной или нервно-мышечной релаксации".

Эта техника представляет собой упражнения по произвольному расслаблению основных мышечных групп тела.

Для некоторых людей релаксация означает просто расслабленное сидение перед телевизором, с книгой в руках, с приподнятыми вверх ногами. Однако чаще всего тело при этом отнюдь не расслабляется. Не всегда сон является средством релаксации.

В состоянии сильного стресса мышцы могут оставаться в тонусе и во сне, что ведет к напряженному, поверхностному сну, когда человек на протяжении всей ночи ворочается и не успокаивается. Он просыпается измученным, с плотно сжатыми челюстями, болью в спине и плечах.

Характерной чертой каждого упражнения является чередование сильного напряжения и быстро следующего за ним расслабления соответствующей мышечной группы.

Субъективно процесс расслабления представлен ощущениями приятной тяжести и тепла в прорабатываемом участке тела, чувством отдыха и покоя.

Названные ощущения – следствие устранения остаточного, обычно не замечаемого напряжения в мышцах, усиления кровенаполнения сосудов данной области тела и, соответственно, усиления обменных процессов и восстановительных процессов.

Для снятия усталости и эмоционального напряжения активному расслаблению подлежат все основные участки тела, "прорабатываемые" в определенной последовательности.

Полезно помнить о том, что не следует делать ничего специального, чтобы расслабиться, нужно просто не напрягать мышцы.

Поскольку мышечное напряжение бессознательно и привычно, необходимы осознанно разучиваемые процедуры, позволяющие остановить эти процессы.

Упражнение по релаксации предполагает использование психологического ключа – слова, понравившегося Вам, например: "расслабься", "спокойствие", "отдых" и так далее.

По мере повторения ключевое слово постепенно начинает ассоциироваться с ощущением освобождения от напряжения. В итоге использование только одного слова-ключа автоматически вызывает состояние релаксации без предварительной подготовки.

Психологический ключ может быть использован в любой ситуации, как только Вы обнаружите у себя напряжение в той ли иной группе мышц.

Регулярно выполняя упражнения, Вы скоро станете гораздо лучше осознавать, какая именно часть тела напряжена больше всего.

Большинству людей требуется практиковаться ежедневно в течение 2-х недель, чтобы хорошо овладеть этой техникой.

## **Упражнения нервно-мышечного расслабления**

1. Расположитесь удобно. Закройте глаза и позвольте себе максимально расслабиться. Вслушайтесь во все поступающие извне звуки и сделайте мысленный их перечень. Вы удивитесь, как много разных звуков раздается вокруг.

Убедитесь, что ваш мысленный перечень охватывает все слышимые вами звуки.

Теперь, когда вы расслабились, сожмите правый кулак. Просто сжимайте кулак и все плотнее... и плотнее... и отмечайте напряжение в кулаке и руке... а теперь расслабьтесь.

Позвольте пальцам правой руки стать совершенно свободными, обратите внимание на контраст ваших ощущений.

Продвиньтесь дальше по этому пути, расслабьтесь полностью. Сделайте глубокий вдох и позвольте воздуху полностью выйти из легких... выдох... (помните о ключевом слове!).

2. Теперь повторите то же самое с левым кулаком. Сожмите левый кулак в то время, когда ваше тело остается расслабленным.

Сжимайте его плотнее и плотнее, оцените, какое неприятное напряжение ощущается... а теперь расслабьтесь!..

3. Теперь сожмите оба кулака вместе... согните руки в локтях... напрягите бицепсы, а так же бедра... Продолжайте...

Сжимайте обе руки в локтях по-настоящему... сильно... Оба кулака и руки по всей длине напряжены... Зафиксируйте для себя это ощущение и расслабьтесь...

Позвольте кистям рук стать свободными и тяжелыми, а самим рукам отяжелеть.

Продолжайте открываться навстречу расслабляющему чувству, которое охватывает ваше тело... Больше и больше расслабления... Сделайте глубокий вдох ... и выдох...

4. Теперь наморщите лоб, еще сильнее... и затем расслабьтесь... Перестаньте морщить лоб, разгладьте его поверхность...

Представьте себе, что ваш лоб и поверхность черепа становятся все глаже и глаже по мере того, как усиливается релаксация.

Теперь нахмурьтесь... по-настоящему нахмурьтесь и наморщите лоб... почувствуйте это напряжение, плотное ощущение... затем расслабьтесь...

Позвольте напряжению уйти, еще раз разгладьте лоб, почувствуйте, как он расслабляется по мере того, как уходит тугая сжатость... а ваш лоб становится все глаже и глаже...

Теперь сожмите челюсти, стисните зубы и переведите напряжение в нижнюю часть лица и шею... и расслабьтесь...

Позвольте челюстям освободиться и опуститься, почувствуйте, как напряжение покидает лицо... лоб становится гладким... поверхность черепа ровной и свободной от напряжения... челюсти не скованы... горло не зажато...

Позвольте релаксации распространяться дальше...

5. Теперь сожмите мышцы живота, сделайте их по-настоящему напряженными.

В результате этого ваш живот должен стать твердым и плотным. Зафиксируйте для себя это напряжение... и расслабьтесь...

Полностью освободите живот от напряжения... позвольте напряжению покинуть тело, а расслаблению распространиться к грудной клетке... плечам... рукам...

6. Ваше тело становится расслабленным... все больше... и больше... по мере того как уходит напряжение, позволяя вам освобождаться от него и чувствовать углубляющуюся релаксацию...

7. Теперь стисните ягодицы и бедра... Ощущаете плотное, тяжелое, неудобное чувство в ваших бедрах и ягодицах... а теперь ... расслабьтесь... Позвольте напряжению уйти.

По мере того, как вы продолжаете релаксацию, отметьте, как теплое, тяжелое успокаивающее чувство охватывает тело...

Дайте этому состоянию развиваться своим путем... Просто разрешите себе наслаждаться ощущением различий между напряжением и релаксацией...

8. Дышите легко и естественно, позвольте продолжаться этому состоянию расслабленности в ваших руках... плечах... грудной клетке... животе... бедрах... икроножных мышцах...

Попытайтесь освободиться от напряжения по всему телу...

Углубляйте состояние релаксации сильнее... глубже... еще глубже... еще глубже расслабляйтесь...

Теперь вы сможете расслабляться еще лучше, чем прежде... сделайте только по-настоящему глубокий вздох... позвольте воздуху медленно выйти и расслабьтесь...

Закрыв глаза, дайте возможность мышцам тела избавиться от напряжения, отяжелеть и расслабиться...

В состоянии глубокой релаксации вы не испытываете желания поиграть хотя бы одной мышцей вашего тела...

Подумайте об усилии, которое нужно приложить, чтобы поднять правую руку, обратите внимание, размышляя о том, чтобы поднять руку, не появится ли напряжение в ваших плече и руке.

Теперь вы решили не поднимать руку, а продолжить релаксацию...

Почувствуйте облегчение, напряжение исчезает, это правильно. Вам легко и удобно, вы полностью расслабились... глубоко расслабились...

Сидя (лежа) здесь, естественно и легко дыша, вы можете полностью насладиться приятным теплым, успокаивающим чувством, растекающимся по всему телу...

Только продолжайте расслабляться...

Когда вы захотите подняться, просто сосчитайте в обратном порядке от 4 до 1. После этого вы будете



чувствовать себя хорошо, как будто только проснулись, отдохнувшим и освеженным... голова ясная... мышцы становятся упругими... вы полны сил... энергии... вы готовы к действию...

*Успеха Вам!*

### **Регуляция дыхания**

Когда человек находится в стрессовом состоянии, в организме вырабатываются и выбрасываются в кровь повышенное количество адреналина и норадреналина. Под влиянием этих гормонов возрастает частота сердцебиения, активизируется в целом работа сердца. Происходит мощная энергетическая мобилизация, направленная на выполнение активной физической работы, на повышение защитных сил организма. Это может привести к резкому ухудшению эмоционального состояния человека (депрессии, повышению агрессивности, апатии).

Известны эффективные способы, которые помогают преодолеть подобные состояния духа и тела. Одним из них является РЕГУЛЯЦИЯ ДЫХАНИЯ.

Нервные импульсы из дыхательных центров мозга распространяются на его кору и изменяют ее тонус.

Тип дыхания, при котором ВДОХ производится быстро и энергично, а ВЫДОХ – медленно, после задержки дыхания, вызывает снижение тонуса центральной нервной системы, нормализацию кровяного давления, снятие эмоционального напряжения.

Медленный вдох и резкий выдох тонизируют нервную систему, повышают уровень ее функционирования.

### ***Рекомендации специалистам образовательных учреждений***

- Воспринимайте его (её) всерьёз. Относиться снисходительно нельзя: он уже не «на верхнем уровне детскости», а на «нижнем уровне взрослости».

- Сначала выслушайте человека, не пытайтесь сразу броситься разуверять его или утешать.

- Если его слова вас пугают, скажите об этом

прямо. Его поздно оберегать: ему нужна помощь, а не фальшивые заверения о том, что всё в порядке.

- Не давите на него. Но покажите, что его судьба вам не безразлична.

- Если вы не очень разбираетесь в теме, отправьте человека к тому, кто лучше вас понимает его чувства. Ищите информацию вместе с ним. В данном случае признанием своей некомпетентности вы завоеуете уважение. А потом уже, когда ситуация прояснится, сможете помочь добрым советом.

Вопросы, которые следует задать ребенку, который может совершить самоубийство и обратился к Вам за помощью:

- Как дела? Как ты себя чувствуешь?
- Ты выглядишь, словно в воду опущенный, что-то случилось?
- Что ты собираешься делать?
- Ты надумал покончить с собой?
- Как бы ты это сделал?
- А что, если ты причинишь себе боль?
- Если на шкале «хорошее самочувствие» стоит на отметке «0», а «желание совершить самоубийство» на отметке «10», то на какой бы отметке ты расположил бы свое теперешнее состояние?
- Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что случилось? На какой отметке шкалы ты был в то время?
- Если б я попросил бы тебя пообещать мне, не причинять себе боль, то ты бы смог бы это сделать? Что бы помешало тебе дать обещание?
- Что помогло тебе справиться с трудностями в прошлом? Что могло бы помочь сейчас?
- От кого ты бы хотел эту помощь получить?
- Знают ли твои родители, что ты испытываешь такие трудности, сложности, душевные муки?
- Хочешь ли ты посоветоваться со специалистом

(психотерапевтом, неврологом)?

- Если тебе пришлось пообещать не убивать себя, смог бы ты сдержать свое слово? На какое время?

Необходимо всегда серьезно относиться к любым угрозам, поэтому необходимо:

- говорить с ребенком открыто и прямо;
- дать своему собеседнику почувствовать, что вам не все равно что с ним происходит;
- слушать с чувством искренности и понимания;
- отстаивать свою точку зрения, что самоубийство – это неэффективное решение всех проблем;
- прибегнуть к помощи «авторитетных людей» для оказания поддержки ребенку, нуждающемуся в помощи;
- заключить «соглашение о не совершении самоубийства», условием которого будет обещание ребенка не причинять себе боль никоим образом;
- подумать, кто может помочь ребенку: пригласить родителей, школьного воспитателя или психолога, человека, которому ребенок доверяет;
- при необходимости пригласить психотерапевта, который может вывести ребенка из кризисного состояния; при осложненных или критических ситуациях доставить его в ближайший психоневрологический центр или больницу;
- просто остаться с ребенком рядом; если необходимо уйти, оставить его на попечение другого взрослого;
- попытаться установить, на сколько произошедшая ситуация стала кризисной и суицидоопасной;
- попытаться выявить не только те моральные структуры личности, которые подверглись психотравматизации, но и «зоны сохранной моральной мотивации», которые могут выступить в качестве антисуицидальных факторов (такowymi могут быть чувство долга и ответственности, достоинство, гордость, совесть,

стыдливость, стремление избежать негативных санкций и мнений, стремление поддержать собственный престиж и т.д.).

Разговоров на тему о самоубийстве может и не быть, но любой признак возможной опасности должен насторожить педагога. Надо быть начеку с ребенком или подростком, с которым ведется работа. При необходимости можно поговорить с кем-нибудь (например, с коллегами по работе или школьным психологом) о ваших опасениях. Возможность совершения кем-то их учеников самоубийства всегда вызывает эмоциональный стресс, поэтому надо избавиться от собственных тревог и получить поддержку по этому вопросу.

При этом следует помнить – при общении с ребенком, который вызывает у педагога настороженность не надо делать следующего:

- Не говорить: «Посмотри на все, ради чего ты должен жить».
- Не вдаваться в философские рассуждения, то есть не полемизировать о том, хорошо или плохо совершить самоубийство.
- Не пытаться применять противоречивые психологические приемы на ребенке, помышляющем о сам убийстве.
- Не оставлять там, где находится ребенок, собирающийся совершить самоубийство, предметы, с помощью которых оно возможно.
- Не пытаться выступать в роли судьи.
- Не думать, что ребенок ищет только внимания.
- Не оставлять ребенка одного.
- Не держать в секрете то, о чем вы думаете.

Исходя из вышеизложенного, педагоги и воспитатели, психологи и социальные педагоги, другие категории педагогических кадров, опираясь на элементарные знания о суицидальном поведении несовершеннолетних и способах его профилактики, могут выявить легко ранимых, готовых пойти на это детей, осознать то, что их беспокоит, определить

уровень риска совершения самоубийства и использовать все необходимые ресурсы для его предотвращения. Восстанавливая пострадавшие моральные структуры, им удастся купировать суицидальные настроения и переживания; снять позитивное, ценностное отношение к смерти; повысить ценность жизни и вернуть утраченный жизненный смысл. Только после этого можно приступать к формированию устойчивой жизненной позиции ребенка. Все эти действия послужат тем, кто стоит на грани самоубийства, доказательством ценности их существования и важности их места в обществе людей.

### **Информация для педагогов и родителей (законных представителей)**

*1. Подбирайте ключи к разгадке суицида.* Профилактика суицидального поведения состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Знание педагогов и родителей о ее принципах и стремление обладать этой информацией может спасти чью-то жизнь, разрушить мифы и заблуждения, из-за которых не предотвращаются многие суициды. Основными признаками возможной опасности являются:

- суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства;
- депрессии, значительные изменения поведения или личности ребенка;
- приготовления к последнему волеизъявлению;
- проявления беспомощности и безнадежности, одиночество и изолированность.

*2. Примите суицидента как личность.* Иногда соблазнительно отрицать возможность того, что кто-либо может удержать ребенка от суицида. Именно поэтому тысячи людей – всех возрастов, рас и социальных групп – совершают самоубийства. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Не позволяйте другим вводить вас в

заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, – ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

3. *Установите заботливые взаимоотношения.* Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка. Вместо того чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами.

4. *Будьте внимательным слушателем.* Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить».

Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним. У вас может появиться растерянность, обида или гнев, если человек не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает у помощника боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что этому человеку трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности. Он

хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода.

Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю твою откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от тебя требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Нужно развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации.

Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

*5. Не спорьте.* Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту. Можно часто встретить и другое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?».

Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

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

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания, и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение, и ему дается возможность понять свои чувства. Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?», «Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства?», «Есть ли у тебя конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой?», «Если ты раньше размышлял о самоубийстве, что тебя останавливало?».

Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, ты говоришь...» и т.п. Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося ребенка, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

7. *Не предлагайте неоправданных утешений.* Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, ты так на самом деле не думаешь!». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований за исключением вашей личной тревоги. Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите



заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный подросток может посчитать суждение типа: «Ты на самом деле так не думаешь», - как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ребенком беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Суицидальные подростки с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя», - и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничтожают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

8. *Предложите конструктивные подходы.* Вместо того, чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», - попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову. Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с тобой случилось за последнее время?», «Когда ты почувствовал себя хуже?», «Что произошло в твоей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?», «К кому из окружающих они имели отношение?». Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и, как можно точнее определил, что ее усугубляет. Отчаявшегося подростка необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если ребенок все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне

кажется, ты очень расстроен?» или «По моему мнению, ты сейчас заплачешь ...». Имеет смысл также сказать: «Ты все-таки взволнован. Может, если ты поделишься своими проблемами со мной, я постараюсь понять тебя?».

9. *Вселяйте надежду.* Работа со склонными к саморазрушению депрессивными подростками является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой ребенок может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда». Саморазрушение происходит, если подростки утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

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

расстался. В этом случае лекарства, оружие или ножи следует убрать подальше.

*11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.* Оставайтесь с проблемным ребенком как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность. Для того, чтобы показать ребенку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним так называемый суицидальный контракт – попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

*12. Обратитесь за помощью к специалистам.* Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Друзья, несомненно, могут иметь благие намерения, но им может не хватать умения и опыта, кроме того, они бывают склонны к излишней эмоциональности. Для испытывающих суицидальные тенденции возможным помощником может оказаться священник. Многие священнослужители являются превосходными консультантами – понимающими, чуткими и достойными доверия. Но есть среди них и такие, которые не подготовлены к кризисному вмешательству. Морализированием и поучающими банальностями они могут подтолкнуть прихожанина к большей изоляции и самообвинениям. Необходимо предложить подростку обратиться за помощью к священнослужителю, но ни в коем случае не настаивать, если подросток откажется. Ни в коем

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

Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Если депрессивный подросток не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним методом лечения является семейная терапия. В этом случае об отчаявшемся не говорят «пациент». Все члены семьи получают поддержку, высказывают свои намерения и огорчения, конструктивно вырабатывая более комфортный стиль совместной жизни. Наряду с конструктивным снятием эмоционального дискомфорта при семейной терапии могут быть произведены персональные изменения в окружении.

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

судьбы к ним многие относятся, как к неумехам и неудачникам. Часто они сталкиваются с двойным презрением: с одной стороны, они «ненормальные», так как хотят умереть, а с другой – они столь «некомпетентны», что и этого не могут сделать качественно. Они испытывают большие трудности в поисках принятия и сочувствия семьи и общества.

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся подросток просит о помощи.

### **Информация для подростков**

Поскольку суицид каждый год угрожает жизни многих тысяч молодых людей, подросткам желательно представлять себе, «что такое суицид и как с ним бороться».

Помни, для борьбы с суицидом достаточно одного человека – тебя.

Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах.

Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Сейчас ты получишь информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи, оказавшемуся в беде другу или знакомому. И так, что нужно знать подросткам о суициде?

*1. Кто совершает самоубийства? Почему? Каким образом?* Мы знаем, что тема суицида внушает страх. Страх этот может быть еще большим, если ты знаешь кого-то, кто предпринял попытку уйти из жизни или же покончил с собой, или если тебе самому приходили в голову мысли о суициде.

Мы знаем также, что суицид является запретной темой, о нем не принято говорить с родителями, учителями или друзьями. Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил

суицидальную попытку. Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил суицид. Если это так, то ты, вероятно, слышал, как кто-то (быть может, и ты сам) задавал вопрос: «Зачем ей было умирать?» или «Зачем ему было так поступать со своей семьей?». Вопросы эти вполне естественны, но большей частью ты не получишь на них однозначного ответа, не узнаешь, почему твой знакомый решил расстаться с жизнью. Напрашивается другой, более точный вопрос: «Какая проблема или проблемы возникли у этого человека?».

Тебе это может показаться странным, но большинство подростков, совершающих суицид, на самом деле умирать ведь не хотят. Они просто пытаются решить одну или несколько проблем. Трагедия состоит в том, что проблемы временные они решают раз и навсегда.

Самое важное – помнить, что в большинстве своем молодые люди, которые пытаются покончить с собой или кончают с собой, умирать вовсе не хотят. Они хотят избежать проблем, которые, на их взгляд, им не по плечу. Эти проблемы причиняют им эмоциональную и физическую боль, и суицид представляется им надежным средством эту боль остановить.

*2. Мы знаем, что тысячи молодых людей, совершивших суицид, умирать вовсе не хотели. А если они не хотели умирать, то почему умерли?* Большой частью молодые люди совершают суицидальную попытку у себя дома в период с 16:00 до 24:00. Иными словами, они пытаются покончить с собой именно там, где их скорее всего найдут, и делают это в такое время дня, когда кто-то из членов семьи большей частью находится дома.

Шанс прийти им на помощь велик, – тот же, кто надеется, что будет спасен, на самом деле убивать себя не хочет.

*3. А как же те молодые люди, которых спасти не удалось? Откуда мы знаем, что на самом деле умирать им не хотелось?* Наверняка мы знать этого не можем, однако, разговаривая с молодыми людьми, которых спасти удалось, но которые должны были бы погибнуть, мы можем представить

себе, о чем они думали. Столкнувшись с неотвратимостью смерти, почти все они говорили, что неожиданно начинали понимать: проблемы их не столь велики, чтобы их нельзя было решить. Им вдруг становилось ясно: не так уж все плохо. За секунду до смерти они осознали, что хотят жить.

*4. Для того чтобы удержать друга или знакомого от самоубийства, надо немного разбираться в человеческой психологии. Чтобы ценить жизнь, необходимо знать две основных вещи:*

1. Нам нужно, чтобы нас любили.
2. Нам нужно хорошо к себе относиться.

На наше поведение оказывают воздействие два основных принципа:

1. Наше поведение зависит от того, как мы к себе относимся.
2. Поведение каждого человека имеет цель; наши поступки не происходят «просто так».

Если руководствоваться этими очень важными соображениями и ясно представлять себе их реальный, практический смысл, то можно чуть лучше разобраться, почему некоторые подростки хотят уйти из жизни. Ты увидишь так же, как дружеские забота и ласка умеют обнадеживать, гнать от себя мысли о самоубийстве.

*5. Для того чтобы ценить себя и свою жизнь, все мы должны ощущать любовь к себе. Потребность любви – это потребность быть любимым, потребность любить и потребность быть частью чего-то.*

Если эти три «потребности» присутствуют в нашей жизни большую часть времени, мы в состоянии справляться с жизнью, решать встающие перед нами проблемы.

Подросткам, которых не любят, которые сами не испытывают симпатии к своим одноклассникам и учителям, которые чувствуют себя чужими и дома, и в школе, и во дворе, справляться с неприятностями гораздо сложнее. Из-за того, что они плохо учатся, не ладят с родителями, друзьями и учителями, их самооценка снижается, они ощущают свою

никчемность, одиночество, «невовлеченность». Отсюда и неспособность решать многие наболевшие проблемы.

Оттого, что самооценка их снизилась, даже те проблемы, которые раньше решались сами по себе, теперь становятся для них неразрешимыми.

Некоторые подростки сравнивают это тревожное, неприкаянное состояние с ощущением тонущего, который захлебнулся и идет ко дну, или же человека, у которого судорожно сжимается от тоски сердце.

Как ты думаешь, что для них в это нелегкое время самое главное?

Ты угадал – Друг.

Подумай сам. Предположим, ты задумал совершить самоубийство, потому что «тебя никто не любит», и вдруг ты начинаешь ощущать чью-то ласку, заботу, с тобой говорят, тебя слушают – и у тебя появляется проблеск надежды.

Если же тебя преследуют мысли о смерти, потому что ты сам никого не любишь, то теплые чувства по отношению к тебе могут оказаться заразительными: под их воздействием может растаять и твое холодное сердце.

Если же ты хочешь покончить с собой, потому что чувствуешь, что никуда «не вписываешься», бывает достаточно всего одного дружеского рукопожатия, чтобы ощутить, что ты занял место в сердце хотя бы одного человека.

Заботливый и ласковый друг способен отговорить тебя от самоубийства, ибо он удовлетворяет твою потребность в любви, потребность, столь свойственную каждому из нас. Иногда для спасения человека бывает достаточно всего одного ласкового слова.

*б. Окружение – это то место, где ты находишься «в окружении» других.* Таких «окружений» у тебя несколько: дом, школа, двор. Находясь в компании своих друзей, ты пребываешь в окружении сверстников.

В принципе «окружений» может быть еще больше, например: работа, церковь или баскетбольная площадка. В



каждом из таких мест ты взаимодействуешь, контактируешь с другими. Разговариваешь, смеешься, споришь. А иногда просто молчишь.

*7. Самооценка – это то, как ты оцениваешь себя сам.*  
На чем основывается наша самооценка? Наша самооценка – это наше самоощущение. То, как мы воспринимаем себя, нашу жизнь, наши чувства по отношению к друзьям – все это воздействует на нашу самооценку.

Наша самооценка – это и то, каким мы представляемся другим. Наша самооценка зависит от того, как к нам относятся наши друзья, учителя, родители или воспитатели, что они о нас говорят.

Подумай, как изменится твоя самооценка в зависимости от следующих обстоятельств:

- твои родители тебя хвалят;
- ты завалил экзамен;
- твои друзья «за тебя горой»;
- учитель физкультуры кричит на тебя;
- ты считаешься самой хорошенькой девушкой в классе;
- кто-то назвал тебя «психом»;
- тебя избрали в совет класса;
- ты подвел друга.

## **Глава 6. Курсы повышения квалификации «Профилактика суицидального поведения детей и подростков»**

Программа образовательного модуля «Профилактика суицидального поведения детей и подростков» включена в банк данных Автоматизированной системы мониторинга профессионального развития работников образования Новосибирской области.

Данные курсы повышения квалификации адресованы руководителям образовательным учреждениям, заместителям руководителей, педагогам-психологам, педагогическим работникам, специалистам служб психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Обучение проходит в течение 9 учебных дней при учебной нагрузке 8 часов в день (72 часа) в три этапа:

- семинар-тренинг «Особенности психического и личностного развития детей, воспитывающихся вне семьи и детей, имеющих опыт воспитания в неблагополучной семье» (24 уч. ч.);
- семинар «Суицидальное поведение» (24 уч. ч.);
- семинар-тренинг «Профилактика суицидального поведения» (24 уч. ч.).

В программе выделено 15 тем; учебные занятия включают традиционное лекционное и интерактивное обучение (дискуссии, деловые игры, социально-психологический тренинг, проектирование и др.). Итоговое зачетное занятие проходит также в интерактивной форме с элементами проектирования.

Совместная деятельность преподавателей и слушателей образовательного модуля способствует созданию в учебной группе доброжелательной атмосферы, благоприятных условий обучения (в т.ч. само- и взаимообучения), позволяющих не только повысить уровень знаний, но и поработать с собственным отношением к данной проблеме, более широко

увидеть возможные пути ее решения и свою роль в профилактике и оказании профессиональной помощи детям.

Итоговое зачетное занятие проходит в интерактивной форме, слушатели работают в малых группах по 3-4 человека. Каждая группа получает практическое задание по разрешению в условиях образовательного учреждения ситуации, связанной с суицидальным поведением несовершеннолетних. Задание предполагает проведение анализа предложенной ситуации, определение путей ее конструктивного разрешения, составление соответствующего плана действий педагогического коллектива. Малые группы представляют результаты своей работы экспертам-преподавателям и всем слушателям образовательного модуля.

Правильно выполненное задание свидетельствует о том, что слушатели, участники данной малой группы, освоили содержание образовательного модуля. Следовательно, повысилась их компетентность в вопросах психического и личностного развития детей, воспитывающихся вне семьи и детей, имеющих опыт воспитания в неблагополучной семье; в вопросах теории суицидального поведения детей и подростков; организации и проведения профилактики суицидального поведения в образовательном учреждении, оказания экстренной помощи обучающимся.

По итогам обучения слушатели получают удостоверение о повышении квалификации государственного образца.

## Литература

1. Акопов Г.В. и др. Методы профилактики суицидального поведения. – Самара-Ульяновск, 1998.
2. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения. / Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. – М., 1989.
3. Амбрумова А.Г. О причинах и предупреждениях самоубийств. Между здоровьем и болезнью. – М., 1989.
4. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978.
5. Ананьева Н.А. Состояние здоровья и адаптационные возможности школьников// Состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста и факторы его определяющие. Сборник трудов. М., 1991, С.52-58.
6. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
7. Вилюнас В.К. Психология эмоций. – М.: МГУ, 1993.
8. Вроно, Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков - М.: Академический проект, 2001.
9. Вроно, Е.М., Ратинова, Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков / Е.М. Вроно, Н.А. Ратинова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. - М., 1989, с. 38-46.
10. Година Е.З. Ауксология человека – наука XXI века: проблемы и перспективы//Антропология на пороге III тысячелетия: Материалы международной конференции. М., 2002, С.55-56.
11. Голант М., Голант С. Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помогите себе - помогите другому. – М.: Институт психотерапии, 2001.

12. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения подростков // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1994 г., № 1.
13. Горюнова А.В., Королева Т.Н. Психическая депривации и особенности психомоторного развития у детей-сирот//Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. М., 1996, С.104-105.
14. Демина И.А. Оценка информированности о здоровье и заболеваемости детей – как основа их оздоровления в семье и образовательных учреждениях. Автореф. Дис... канд. мед. наук. Саратов 1999, 22с.
15. Ефремов, В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004, 30 с.
16. Красильников Г.Т., Никонова А.И., Сапожникова Р.Б. Мотивационный аспект факторов суицидального риска. Методические рекомендации. – Новосибирск, 1998.
17. Кузма Л.П., Рыженко С. К. Профилактика суицидального поведения детей и подростков в условиях образовательного учреждения. – Краснодар, 2012.
18. Кучма В.Р. Гигиенические аспекты социального сиротства. М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН, 2006, 228с.
19. Лещенко М.В. Состояние здоровья воспитанников домов ребенка на фоне воздействия биологических и социально-гигиенических факторов. Автореф. Дис... канд. мед. наук. М., 1999, 21с.
20. Психолого-педагогическое сопровождение профилактической деятельности в условиях образовательного учреждения: первичная профилактика суицидального поведения детей и подростков». – Новосибирск, 2008.- 84с.
21. Склянова Н.А., Петрова Л.Я., Субботина И.С., Нехаева Г.М. Оказание психолого-медико-педагогической помощи детям города Новосибирска. Сибирский учитель №3(51) май-июнь, 2007, С.35-39.

22. Сулимова Н.В. Состояние здоровья и прогнозирование отклонений в нервно-психическом развитии детей из социально неблагополучных условий. Автореф. Дис. канд. мед. наук. Смоленск, 1999, 23с.
23. Теппервайн К. Как противостоять превратностям судьбы. – СПб, Питер ПРЕСС, 1996.
24. Черепанова Е.М. Психологический стресс. Помогите себе и ребенку. – М., 1997.
25. Beck U. Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne.- Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 2000. – 392 s.
26. Cui, L., Zhao, X., Wu, Z., Xu, A. (2006) A Research on the Effects of Internet Addiction on Adolescents' Social Development. *Psychological Science*, 1, 34-36.
27. Deuel, N. Our Passionate Response to Virtual Reality. In: S. Herring (Ed.) *Computer-Mediated Communication: Linguistic, Social, and Cross-Cultural Perspectives*. Amsterdam. John Benjamins Publishing Company.-1996. - 129-146.
28. Dombrowski, S., Le Masney, J., Ahia, C. (2004) Protecting Children from Online Sexual Predators: Technological, Psychoeducational, and Legal Considerations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 65-73.
29. Dorpat, T. L., Miller, M. L. *Clinical interaction and the analysis of meaning: A new psychoanalytic theory*. Hillsdale, N. J.: The Analytic Press. -1992.
30. Eastin, M. Teen Internet Use: Relating Social Perceptions and Cognitive Models to Behavior // *CyberPsychology and Behavior*. – 2005.- Vol. 8, P. 62-75.
31. Fonagy, P., Bateman, A. Mentalizing and Borderline Personality Disorder // *J. Ment. Health*. – 2006. – Vol. 16 (1). – P. 83-101.
32. Gellner E. *Bedingungen der Freiheit. Die Zivilgesellschaft und ihre Rivalen*. - Stuttgart: Klett-Cotta, 1995. – 235 s.

33. Greenfield, D. Psychological Characteristics of Compulsive Internet Use: A Preliminary Analysis// *Cyber Psychology and Behavior.*- 1999.- Vol. 8 (5), P. 403-412.
34. Greenfield, D., Orzack, M. The Electronic Bedroom: Clinical Assessment for Online Sexual Problems and Internet-Enabled Sexual Behavior. In A.Cooper (Ed.) *Sex and the Internet: A Guidebook for Clinicians.* New York. Wiley and Sons. -2002.-P. 129-145.
35. Greenfield, D. Living in a Virtual World: Global Implications of Digital Addiction. *Berliner Mediensucht Konferenz. Beratung und Behandlung für Medien gefährdete und Geschädigte Menschen.* German. March. 6-7.- 2009.
36. Greenfield, D. Psychological Characteristics of Compulsive Internet Use: A Preliminary Analysis // *Cyber Psychology and Behavior.*- 2009.- Vol. 8 (5).- P. 403-412.
37. Greenfield, D. The Addictive Properties of Internet Usage. In K. Young, C. Nabuco de Abreu (Eds.) *Internet Addiction.* Hoboken, NJ. Wiley and Sons.- 2011. - P. 135-159.
38. Harvard Mental Health Center // *Reducing Teen's Risk in the Internet.* – 2009. – Vol. 95 (10). – P. 7.
39. Keupp H. *Psychosoziale Praxis im Gesellschaftlichen Umbruch.* – Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1987. – 357 p.
40. Keupp H. *Der Mensch als soziales Wesen: Sozialpsychologisches Denken im 20. Jahrhundert.* – München: Piper, 1995. - 378 p.
41. Kernberg, P., Weiner, A., Bordenstein, R. *Personality Disorders in Children and Adolescents.* - New York: Basic Books, 2000. – 289 p.
42. Kohut, H. *Diagnosis and treatment of Borderline and Narcissistic Children and Adolescents // Bulletin of the Menninger Clinic.* – 1980. – Vol. 44 (2). – P. 147-170.
43. Kraut, R., Kiesler, S. *The Social Impact of Internet Use // Psychological Science Agenda.* – 2003.- Vol. 15 (3).- P. 8-10.

44. Loewald, H. Sublimation. - New Haven, CT: Yale University Press, 1988. - 311 p. Mc Kenna, K., Green, A. (2002) Virtual Group Dynamics. Group Dynamics, Theory, Research. And Practice, 16, 116-127.
45. Ross J. The Male Paradox. - New York: Simon and Schuster, 1992. - 350 p.
46. Segal B., Korolenko C. Addictive Disorders in Arctic Climate. New York, London: Haworth Press. - 104 p.
47. Stoll, C. Silicon Snake Oil. New York. Anchor Books.- 1995.
48. Young K. Cognitive-Behavioral Therapy with Internet Addicts // Cyber Psychology and Behavior. - 2007. - Vol. 19 (5) - P. 671-679.
49. Young K. Understanding Online Gaming Addiction Review and Treatment Issues for Adolescents // American Journal for Family Therapy. - 2009. - Vol. 37. - P. 355-372.



## Глоссарий

*Автоцид* – использование автотранспортных средств с целью осуществления самоубийства.

*Адаптация* – состояние динамического соответствия, равновесия между живой системой и внешней средой; основной способ жизнедеятельности и выживания вида.

*Адаптационный синдром* – совокупность неспецифических изменений в деятельности организма (реакция защиты), вызванных воздействием внешних патогенных раздражителей (стрессоров) и направленных на поддержание состояния физического и психического гомеостаза. Различают три стадии адаптационного синдрома: 1) *стадия тревоги*: стадия мобилизации компенсаторных возможностей организма с целью восстановления нарушенного гомеостаза; 2) *стадия сопротивления (стабилизации), резистентности*: стадия формирования определенного гомеостаза в условиях продолжающегося воздействия стрессоров; 3) *стадия истощения адаптационных возможностей (дистресса)*: стадия преодоления воздействия стрессоров и сохранения гомеостаза путем использования всех адаптационных возможностей организма.

*Аксиологическая коррекция* – разработанный на основе аксиологии (науки о ценностях) метод психотерапии, направленной на переориентацию личностных ценностей; эффективен в коррекции и профилактике суицидального поведения.

*Амбивалентность аутоагрессивных (суицидальных) мотивов* – психическое состояние, характеризующееся одновременным существованием аутоагрессивных (суицидальных) и антисуицидальных мотивов. Практически всегда присутствует в пресуицидальном периоде. Может использоваться как основа для проведения коррекционных и профилактических мероприятий путем активизации антисуицидальных факторов личности.

*Антивита́льные переживания* – размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти.

*Антисуицида́льный барьер* – комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации.

*Антисуицида́льные факторы личности* – отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий, такие как, эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания и т.д.

*Ассистированный суицид* – самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью.

*Аутоагрессивное поведение* – действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения: 1) *суицида́льное поведение*: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни; 2) *аутодеструктивное поведение*: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению; 3) *несуицида́льное аутоагрессивное поведение*: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть или заведомо неопасные для жизни.

*Аутодеструктивное поведение* – непреднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознавании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое разрушение личности.

*Аффект* – кратковременная, бурно протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная психогенная реакция. Различают: 1) *патологический аффект*: психотическое состояние с выраженными сужением сознания и идеаторно-моторным возбуждением, после разрешения которого наблюдается его амнезия; 2) *физиологический аффект*: непсихотическое состояние без нарушений сознания, проявляющееся эмоциональными вспышками (в большинстве случаев тревожно-депрессивного радикала).

*Возрастные особенности суицидального поведения* – особенности суицидального поведения (суицидальной мотивации, форм суицидогенеза, суицидальных проявлений), характерные для определенных возрастных групп, разделенных согласно возрастным пикам суицидальной активности: детский: до 12 лет, подростковый: 12 – 17 лет, молодежный: 17 – 29 лет, зрелый: 30 – 55 лет, пожилой: 55 – 70, преклонный: старше 70 лет.

*Групповой суицид* – одновременное осуществление суицидальных действий группой лиц, объединенных какими-либо идеологическими представлениями: религиозные верования, «идеологическая платформа» молодежных группировок и т.д.

*Двусмысленный суицид* – действия, направленные на умышленное самоповреждение, при совершении которых индивид, однако, не уверен в том, что выживет.

*Дезадаптация* – какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды.

*Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия* – осознанные преднамеренные поступки, направленные на получение каких-либо выгод от демонстрации намерений лишиться себя жизни; как правило, носят суицидоподобный характер, так как их целью не является добровольный уход из жизни.

*Диссимуляция суицидального поведения* – поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

*Доведение до самоубийства* – жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства человека, находящегося в материальной или иной зависимости от лица, совершающего эти действия, побудившие потерпевшего совершить самоубийство.

*Знание о смерти* – распространенные в обществе представления и понятия о смерти, которые могут быть использованы в профилактической работе по предотвращению формирования суицидального поведения, так как ошибочное знание о смерти является основой возникновения мифов о самоубийствах.

*Индивидуальные суцидогенные факторы* – личностные особенности суицидента, способствующие формированию суицидального поведения и осуществлению суицидальных действий. Подразделяются на: *предиспозиционные*: недостаточность или неполноценность психического функционирования; *статусные*: особенности психического состояния или психического реагирования суицидента, непосредственно влияющие на вероятность осуществления суицидальных действий; *интенционные*: особенности личностных намерений относительно суицидального поведения, характера и степени его выраженности.

*Импульсивное суицидальное поведение* – неожиданное для окружающих «внезапное» осуществление суицидальных действий, когда пресуицидальный период носит острейший («мгновенный») характер.

*Индукцированный суицид* – суицидальные действия, совершенные вследствие психологического воздействия осуществленных суицидальных действий значимым для суицидента лицом или распространенных социальных стереотипов.

*Истинные суицидальные действия* – осознанные преднамеренные действия, целью и мотивом которых является добровольное лишение себя жизни.

*Кластерные самоубийства* – резкое учащение осуществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), обусловленных частыми сообщениями в средствах массовой информации о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах); также его причиной может быть самоубийство харизматической (одиозной) личности, что воспринимается людьми (обычно подростками) как модель разрешения психотравмирующей ситуации.

*Когнитивная психотерапия* – психотерапевтический метод, направленный на распознавание и устранение несоответствия объективной реальности и основных ситуационных установок суицидента.

*Когнитивистская теория самоубийств* – описание суицидального поведения с позиции его «познаваемости». Выделяет следующие типы суицидов: 1) с точки зрения отсутствия или наличия нарушений психической деятельности: «логический», обусловленный наличием интенсивной боли или неизлечимого соматического заболевания при отсутствии психических нарушений, «неповрежденном разуме», носит характер «суицидобрыва»; «каталогический», обусловленный наличием семантических ошибок и расщеплением мышления; «палеологический», обусловленный наличием психотических расстройств. 2) с точки зрения личностной мотивации: «логический», определяющийся мотивами бегства, воссоединения, самонаказания, возрождения и т. д.; «эготический»: определяющийся чувством непереносимости окружающего мира, стремлением уйти от него; «диадический», включающий в себя все случаи самоубийства как интерперсонального события (возмездие, манипуляция, призыв и т. д.); «агенеративный», обусловленный наличием

экзистенциального кризиса, когда индивидуум теряет ощущение смысла участия в «потоке человеческого бытия».

*Концепция суицидального поведения А. Г. Амбрумовой* – описывает представления о том, что каждый случай самоубийства определяется соотношением средовых, личностных и психопатологических (при их наличии) факторов. Основными аспектами концепции являются: 1) к основным диагностическим категориям суицидентов относятся психически больные с эндогенными психопатологическими расстройствами, больные с пограничными психическими расстройствами и практически здоровые люди; 2) у всех суицидентов обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации, которая может быть парциальной или тотальной (в зависимости от степени и характера нарушений основных направлений адаптационной деятельности: познавательного, преобразовательного, коммуникативного и ценностноориентационного); 3) во всех случаях решающим моментом формирования манифестирующих суицидальных проявлений является суицидогенный конфликт; 4) принятие суицидального решения (вне зависимости от причин, условий, форм дезадаптации) происходит только после этапа личностной переработки суицидогенного конфликта.

*Коэффициент летальности самоубийств* – величина соотношения количества самоубийств к числу суицидальных попыток.

*Коэффициент соотношения уровня самоубийств* – величина пропорционального соотношения числа самоубийств у мужчин и женщин, стабильно сохраняющаяся на значительных отрезках времени.

*Кризис* – состояние, вызванное столкновением личности с препятствиями на пути удовлетворения важных жизненных целей (фрустрацией основных ценностных установок), в случае, когда подобные препятствия не могут

быть преодолены обычными способами разрешения проблем, т.е. с помощью сложившихся стереотипов поведения.

*Кризисный период* – временной параметр кризиса, в развитии которого выделяют: период начального повышения напряжения; период несостоятельности в разрешении проблемы с помощью сложившихся стереотипов поведения; период «поспешной» мобилизации защитных сил (компенсаторных адаптационных возможностей) при хаотическом поиске новых вариантов решения проблемы; проблемы дальнейшего роста напряжения, приводящего к дезорганизации поведения и функционирования, в частности к формированию суицидального поведения.

*Личностный смысл самоубийства* – соотношение желания добровольного ухода из жизни (как цели суицидального действия) и потребности изменения суицидогенного конфликта тем или иным способом, в том числе и путем самоубийства.

*Мифы о самоубийствах* – существующие и распространенные в обществе ошибочные представления о самоубийствах, суицидальном поведении в целом.

*Мотивы суицидального поведения* – личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов: 1) *протест*: реакция отрицательного воздействия на объекты вызвавшие психотравмирующую ситуацию; 2) *призыв*: активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию; 3) *избежание*: уход от наказания или страдания, избавления от тяжести психического или соматического состояния; 4) *самонаказание*: искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий; 5) *отказ от жизни*: цель и мотив суицидального поведения совпадают: цель – самоубийство, мотив – отказ от существования.

*Неподтвержденный суицид* – отсутствие подтверждения данных о совершении самоубийства при бездоказательных заявлениях окружающих об этом.

*Несчастный случай* – неосознанные или непреднамеренные действия, приведшие к каким-либо патологическим последствиям для организма или к смертельному исходу.

*Осложненный постсуицидальный период* – наличие каких-либо патологических соматических последствий вследствие совершения суицидальной попытки.

*Парасуицид* – несмертельное умышленное самоповреждение, которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий.

*Пик суицидальной активности* – определенный временной период, когда с наибольшей частотой для данной популяции или на данной территории совершаются самоубийства (суицидальные попытки).

*Посмертная записка* – какое-либо письменное сообщение о причинах (событиях, людях, действиях), приведших к самоубийству, оставляемая суицидентом обычно на месте его совершения.

*Постсуицидальный период* – временной промежуток после совершения суицидальной попытки. Выделяют следующие типы постсуицидального периода: 1) по длительности: *острый (ближайший)* – в течение первой недели после совершения суицидальной попытки; *затянувшийся (пролонгированный)* – начинается через неделю после совершения суицидальной попытки и длится до 2 – 3 месяцев; *отдаленный (поздний)* – начинается через 2 – 3 месяца после совершения суицидальной попытки; окончание соответствует полному исчезновению суицидальных проявлений; 2) по отношению к суицидальному поведению и актуальности суицидогенного конфликта: *суицидально-фиксированный* – суицидогенный конфликт актуален или диссимулируется; суицидальные проявления сохраняются; положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной



попытки; вероятность рецидивирования суицидальных действий очень высока; *аналитический* – суицидогенный конфликт актуален, однако суицидальные проявления не сохраняются; рецидивирование суицидальных действий возможно; *манипулятивный* – при благоприятном для суицидента изменении ситуации выраженность суицидальных проявлений снижается; суицидальная активность сохраняется; *критический* – суицидогенный конфликт утратил актуальность, суицидальные проявления отсутствуют.

*Потенциальные суициденты* – лица, имеющие суицидальные намерения (тенденции), но не совершившие суицидальные действия.

*Предикторы суицидального поведения* – признаки, определяющие вероятность формирования суицидального поведения под воздействием (влиянием) внешних или внутриличностных физических, психологических или социальных факторов.

*Пресуицид* – состояние личности, обуславливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта, даже заведомо незавершенного.

*Пресуицидальный период* – период формирования суицидальной активности, границами которого являются момент возникновения суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий.

*Пресуицидальный синдром* – психологический симптомокомплекс, сопутствующий формированию суицидального поведения.

*Профилактика суицидального поведения* – различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, в частности, превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения.

*Психическая депривация* – состояние психической дезадаптации, при котором человек представляет

невозможным удовлетворение основных личностных потребностей в течение длительного времени. Обычно выделяют четыре формы психической депривации, реально существующих совместно (изолированно выделяются только в эксперименте): 1) *сенсорная депривация* – снижение количества сенсорных стимулов или ограничение их изменчивости; 2) *эмоциональная депривация* – отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов к какому-либо лицу или разрыв существующей эмоциональной связи; 3) *когнитивная депривация* – отсутствие возможности понимания, предвосхищения и регулирования приходящих из вне стимулов, обусловленных субъективным ощущением слишком изменчивой, неупорядоченной, хаотичной структурой внешнего мира; 4) *социальная депривация* – отсутствие или ограничение возможности для установления самостоятельной социальной роли (осуществления адекватного социального функционирования).

*Психическая травма* – какая-либо личностно значимая ситуация (явление), имеющая характер патогенного эмоционального воздействия на психику человека, психологически тяжело переносимая и способная, при недостаточности защитных психологических механизмов, привести к психическим расстройствам.

*Психогении* – психические расстройства, формирующиеся вследствие воздействия психической травмы: реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения адаптации (аффективные и поведенческие реакции), неврозы, неврозоподобные состояния, реактивные психозы.

*Психологическая защита* – регулятивная система психической стабилизации личности, направленная на устранение (уменьшение) негативного эффекта, вызванного каким-либо психотравмирующим воздействием.

*Психологическая уязвимость* – определенные психологические особенности личности, при которых любое

физическое или психическое воздействие (объективно малозначимое) может стать психической травмой.

*Психопатологические предикторы суицидального поведения* – психические расстройства различной степени тяжести, непосредственно влияющие на формирование суицидального (аутоагрессивного) поведения.

*Психотерапевтические методы коррекции суицидальной активности* – различные виды психотерапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности.

*Рациональный суицид* – самоубийство (суицидальная попытка), совершенное психически здоровым человеком. Обычно так квалифицируются суицидальные действия, осуществляемые суицидентом в терминальном состоянии при наличии неизлечимого соматического заболевания. Согласно мотивационной направленности подразделяется на: 1) *монологический* – добровольный уход из жизни, когда смерть как мотив и цель совпадают; 2) *диалогический* – целью является самоубийство, а мотивом – привлечение внимания близкого окружения (диалог с ним).

*Рецидивирование суицидального поведения* – возобновление суицидальной активности после совершенной суицидальной попытки. Может быть обусловлено как сохраняющейся, прежней психотравмирующей ситуацией, так и сформировавшейся, новой.

*Ритуальный суицид* – самоубийство на религиозной почве, совершенное под воздействием социального императива определенного верования (чаще как его кульминация). Наиболее характерен для периодов эсхатологических и апокалипсических ожиданий или религиозных гонений.

*Самоистязание* – действия, направленные на причинение себе психической или физической боли, мучений, целью которых является искупление вины.

*Самоповреждение* – умышленное нанесение себе различных телесных повреждений, увечий обычно с аутоагрессивной целью.

*Самоотравление* – умышленное использование каких-либо отравляющих веществ или веществ в токсических дозировках обычно с суицидальной целью.

*Саморазрушающее поведение* – различные формы поведения человека, целью которых не является добровольная смерть, но ведущие к социальной, психологической и физической дезадаптации, деградации личности.

*Самоубийство* – осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти.

*Синдром острого горя* – психологический симптомокомплекс, развивающийся после смерти особо значимого лица: любимый или любимая; муж или жена; дети или родители; разрыва личностно значимых отношений.

*Стадии формирования суицидального поведения* – временные этапы становления суицидальной активности с характерными формами ее проявлений. Подразделяются на: 1) *суицидальная предрасположенность*: проявляется такими особенностями личности как тревожно-депрессивный радикал, импульсивность, интерперсональная зависимость, фрустрация потребностей со стремлением к ее ликвидации; 2) *латентный пресуицид*: период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в «мотивационной готовности» к суицидогенезу, при этом оформленные признаки суицидальной активности отсутствуют; 3) *манифестный пресуицид*: проявляется постоянными суицидальными мыслями, суицидальными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения; 4) *острый пресуицид*: характеризуется целенаправленным поиском средств осуществления суицидальных действий; прямыми или косвенными «прощаниями» с близкими; неадекватными

формами поведения; 5) *суицидальные действия*: суицидальная попытка или само убийство.

*Статистический портрет суицидентов* – набор анализируемых признаков, характерных для лиц с суицидальными проявлениями: специфически суицидологических (сезонные или суточные колебания частоты суицидальных действий, характеристики суицидального поведения, обстоятельства и способы совершения суицидальных действий и т.д.), демографических (пол, возраст, этническая принадлежность и т.д.), социальных (уровень жизни, семейное положение, трудоустроенность и т.д.), психологических (особенности личности, мотивация суицидального поведения и т.д.), психопатологических (наличие и особенности психических расстройств, наличие алкоголизма или наркомании, алкогольного или наркотического опьянения и т.д.) и др.

*Стресс* – состояние человека, характеризующееся неспецифическими защитными реакциями (на физическом, психологическом и поведенческом уровне) в ответ на экстремальные патогенные раздражители.

*Субъективный дистресс* – психологическое состояние, выражающееся в личностном ощущении истощения адаптационных возможностей.

*Суицид* – см. Самоубийство.

*Суицид двойной (парный)* – одновременное или последовательное (с минимальной разницей во времени) самоубийство двух, обычно близких людей, на основе суицидального договора.

*Суицидальные жесты* – действия, обусловленные потенциально аутодеструктивными тенденциями личности, но без риска причинения себе значительного вреда.

*Суицидальные коммуникации* – характерные проявления суицидальных намерений человеком в межличностном общении, которые следует рассматривать как предупреждающие знаки о возможности осуществления суицидальных действий. Выделяют 5 признаков: *форма*:

вербальная, в том числе письменная; *характер*: прямой (открытый) или косвенный (замаскированный); *содержание*: проявление аффектов (чувства вины или осуждения), попытка объяснить свой поступок, поручение или просьба к окружающим; *объект*: определенное лицо или группа; *цель*: крик о помощи (мольба о спасении), выражение враждебности.

*Суицид-убийство* – ситуация, когда суицидальным действиям предшествует гомицид (в большинстве случаев убийство членов семьи суицидента с целью избавления их от «предстоящего страдания», либо вследствие ложных представлений о справедливости). Обычно осуществляется психически больным членом семьи, находящимся в состоянии психоза (под воздействием болезненных переживаний) или встречается в семьях при наличии у кого-либо из ее членов реактивного состояния вследствие тяжело переживаемой психотравмирующей ситуации.

*Суицидологический анамнез* – выявление в анамнезе суицидента предшествующих суицидальных попыток либо других форм суицидальной активности.

*Суицидальная диагностика* – клинические способы выявления суицидальной активности, формулирующие диагнозы: психологический, социодинамический и дескриптивный (оценка динамики подготовки суицида и нарастания суицидальных тенденций, а также психопатологическая диагностика).

*Суицидальная попытка* – осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни и нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий, но незавершившиеся смертью.

*Суицидальная угроза* – высказывания или действия, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности и вероятности осуществления суицидальных действий.

*Суицидальное поведение* – вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой

(цель - смерть, мотив - разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

*Суицидальное решение* – момент осознания того, что самоубийство есть единственный путь разрешения психотравмирующей ситуации с последующим формированием суицидального поведения.

*Суицидальные действия* – личностная активность, подчиненная конкретной цели добровольного ухода из жизни.

*Суицидальные замыслы* – активная (внутренняя) форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место осуществления суицидальных действий).

*Суицидальные мысли* – пассивная (внутренняя) форма суицидального поведения, характеризуется представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

*Суицидальные намерения (тенденции)* – активная (внутренняя) форма суицидального поведения, включает не только суицидальные замыслы, но и самопроизвольные поступки по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению.

*Суицидальные фантазии* – представления о возможности разрешения психотравмирующей ситуации с помощью собственной смерти, самоубийства; носят пассивный характер без четкого осознания и характера самопроизвольной суицидальной активности.

*Суицидальные эквиваленты* – неосознанные действия, приводящие к психическому или физическому

саморазрушению личности (часто непосредственно направленные на это).

*Суицидальный договор* – договоренность двух или более людей о совместном совершении самоубийства. Суицидальный договор чаще всего осуществляется при близких отношениях его участников (семья, пара). Часто у инициатора такой договоренности выявляются эндогенные психические расстройства или расстройства личности. В большинстве случаев самоубийство осуществляет только один из участников суицидального договора.

*Суицидальный императив* – «внутренний» приказ о немедленном осуществлении суицидальных действий (часто подсказывается способ их совершения); носит характер беспрекословного подчинения. При наличии суицидального императива пресуицидальный период отсутствует. Обычно встречается у больных в состоянии психоза (шизофрения), обусловлено галлюцинаторно-параноидными переживаниями.

*Суицидальные переживания* – разработанные вербальные представления о самоубийстве, протекающие на негативном эмоциональном фоне.

*Суицидальный процесс* – последовательность внутренних или внешних актов, направленных на формирование суицидального поведения или осуществление суицидальных действий.

*Суицидальный риск* – степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

*Суицидальный шантаж* – осуществление суицидальных действий как средства воздействия личности на неблагоприятную ситуацию и ее участников.

*Суицидент* – человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство.

*Суицидогенез* – процесс формирования суицидального поведения от момента возникновения



антивита́льных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидальных тенденций или реализации суицидальных действий.

*Суицидогенная семья* – наличие многократных (в том числе повторных) самоубийств или суицидальных попыток в нескольких поколениях одной семьи.

*Суицидогенная установка* – личностное представление, убеждение о большей, чем собственная жизнь, значимости какой-либо иной ценности.

*Суицидогенный конфликт* – наличие двух или нескольких разнонаправленных (разномотивационных) тенденций, одна из которых является актуальной потребностью человека, в данный момент и в данной ситуации, а другая (остальные) – препятствует удовлетворению этой потребности, а результатом такого состояния (следствием его неразрешимости) является формирование суицидального поведения.

*Суицидогенные факторы* – какие-либо причины, условия или воздействия, вызывающие в качестве этиопатогенетического компонента формирование суицидального поведения.

*Суицидология* – наука, изучающая теоретический и практический аспекты аутоагрессивной (суицидальной) активности человека.

*Суицидологическая интервенция* – мероприятия, лечебная помощь, оказываемая при наличии у человека суицидальных (аутоагрессивных) проявлений и направленная на предотвращение осуществления суицидальных действий.

*Суицидологическая поственция* – оказание психотерапевтической помощи ближайшему окружению (родственники, друзья) суицидента после осуществления им самоубийства.

*Суицидомания* – упорное стремление к самоубийству, многократное повторение суицидальных действий, часто носящее характер непреодолимой навязчивости.

*Суицидоопасные личностные реакции* – определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов.

*Суицидоопасные непатологические ситуационные реакции* – структурированный ответ психики, суицидально направленный вариант поведения практически здорового человека в психотравмирующей ситуации. Суицидальная опасность таких реакций связана со слабостью адаптационных возможностей человека и их особенностями, сопутствующими дистимическими переживаниями и дефектами прогнозирования.

*Типология лиц, склонных к самоубийству* – это люди, действия которых непосредственно (часто осознанно и преднамеренно) приближают их смерть: 1) *искатели смерти*: лица, осознанно и преднамеренно совершающие суицидальные действия, при осуществлении которых спасение невозможно или крайне затруднительно; 2) *инициаторы смерти*: обычно неизлечимо больные люди, осуществляющие в качестве самоубийства действия, которые прекращают оказание помощи и непосредственно приводят к смерти; 3) *игроки со смертью*: лица, осознанно стремящиеся к неоправданному риску, преднамеренно осуществляющие действия с низкой вероятностью выживания; 4) *одобряющие смерть*: лица, осознанно заявляющие о желании своей смерти, однако не предпринимающие для этого активных действий.

*Уровень самоубийств* (суицидальных попыток) – количество случаев самоубийств (суицидальных попыток), выявляемое на определенной территории (в популяции) за определенный промежуток времени и рассчитываемое, как правило, на 100 тыс. жителей.

*Факторы суицидального риска* – внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие или непосредственно вызывающие формирование суицидальной

активности. Различают социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), психологические (личностные особенности), специфические (предшествующая суицидальная попытка, наличие психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

*Фокальный суицид* – аутоагрессивные действия, целью которых не является добровольная смерть, однако осуществление которых ставит жизнь под угрозу.

*Формы суицидального поведения* – варианты проявлений суицидальной активности, подразделяются на: *внутренние формы*: включают этапы антивитаальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных замыслов, суицидальных намерений; *внешние формы*: включают суицидальную попытку, самоубийство.

*Эгоцентризм суицидента* – характерная особенность самосознания, психологической переработки суицидогенного конфликта. Проявляется погруженностью в свои мучительные, самоотрицающие переживания; сужением мотивационной, когнитивной и аффективной сфер рамками психотравмирующей ситуации.

*Экзистенциальный кризис* – психологическое состояние утраты смысла жизни, кризис существования. Обусловлен резким изменением (разрушение) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира. Различают экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный варианты экзистенциального кризиса.

*Эпидемиология самоубийств* (суицидальных попыток) – статистическая оценка распространенности суицидальных действий на определенной территории за определенный промежуток времени.

*Эпидемия самоубийств* – резкое увеличение количества самоубийств в популяции (ее части) или на определенной

территории. Осуществляются суицидентами, объединенными религиозными, социальными, этнокультуральными или иными идеологическими представлениями (групповыми нормами) на основе имитационного поведения.

*Эстетическая аура самоубийства* – эпифеномен эстетических переживаний, вызванный самоубийством, как суммарный интуитивно обусловленный результат его эмоциональной оценки. Данное понятие объединяет в себе переживания, испытываемые человеком, от гармоничности (дисгармоничности) совершенного суицидального действия со всей его жизнью, а также ощущения меры соответствия случившегося и сложившихся обстоятельств, выбранного способа самоубийства и эстетического образа погибшего, проявившегося при этом.

## Содержание

|   |     |
|---|-----|
| Введение .....  | 3   |
| Глава 1. Проблемы адаптации в обществе в условиях перехода от традиционной к современной и постсовременной культуре | 5   |
| Глава 2. Аддиктивное поведение и суициды .....  | 20  |
| Глава 3. Депрессия и суициды .....  | 41  |
| Глава 4. Определение понятий. Типология суицидов .....  | 72  |
| Глава 5. Профилактика суицидального поведения детей и подростков в условиях образовательного учреждения. ....       | 85  |
| Глава 6. Курсы повышения квалификации «Профилактика суицидального поведения детей и подростков» .....               | 122 |
| Литература .....  | 124 |
| Глоссарий .....   | 129 |

# **Профилактика суицидального поведения детей и подростков в образовательном учреждении**

Методическое пособие

Подписано в печать 03.12.2013г. Формат 60x84 1/16. ПечатьRISO.

ГарнитураTimesNewRoman. Усл-печ. л. 10,3. Тираж. 300 экз.

---

Отпечатано в МКУ ГКЦ «СОЛО», 630105, г. Новосибирск, ул. Кропоткина, 119

Тел./факс 8 (383) 228 02 88, 228 03 53, 226 59 77

[info@centrsolo.ru](mailto:info@centrsolo.ru)

[www.всеканикулы.рф](http://www.всеканикулы.рф)