**Профилактика суицида в школе. Семинар для педагогов.**

Подготовил педагог-психолог МБОУДО «ДЮСШ» ЕР Н.А.Левин

2021

1

Reanimator Extreme Edition

01.01.2021

**Профилактика суицида в школе.**

**Семинар для педагогов.**

Содержание:

* Цель и задачи семинара.
* [Рекомендуемая литература.](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a1)
* [Профилактика суицида в школе. Ознакомление с теоретическими основами темы.](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a2)
* [Что такое суицид, и кто на него способен? (рекомендации по выявлению подростков группы суицидального риска)](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a3)
* [Практическая работа (материалы для обсуждения и рефлексии)](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a4)
* [Если подросток готов совершить или уже совершил суицид](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a5)
* [Роль родителей в профилактике суицидальных попыток](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a6)
* [Заключение](http://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida-v-shkole.html#a7)

**Цель работы**: формирование психологической готовности участников семинара к работе с подростками 12 – 17 лет группы [суицидального](http://5psy.ru/obrazovanie/suicid-vozrastnie-aspekti-suicidalnogo-povedeniya.html) риска.

**Задачи:**

* Сориентировать участников на изучение психолого-педагогических, клинико-психологических теоретических, педагогических основ, необходимых для работы по профилактике суицидов.
* Рассмотреть задачи администрации, классного руководителя, школьного психолога, педагога-предметника, социального педагога по профилактике суицидальных попыток.
* Изучить и проанализировать практико-теоретические основы, имеющие рекомендательный характер, по работе с подростками группы суицидального риска.
* Проанализировать известные случаи суицидальных попыток; ответить на вопрос: что может сделать школа для предотвращения трагедии?
* Предложить воспитательные, учебные мероприятия для профилактики суицида в подростковой среде.

Необходимый материал: терминология основных понятий суицида для педагогов, родителей; рекомендации и памятка по выявлению подростков группы суицидального риска, частные случаи истинных и демонстративных суицидальных попыток.

**Рекомендуемая литература:**

* Арнольд О. Дар редчайший, дар бесценный//Vita. – 1999, №3 – с. 22-24.
* Волкова А.Н. Психолого-педгогическая поддержка детей суицидентов//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998, №2 – с. 36-43.
* Вроно Е. Что толкает в петлю//Деловой мир. – 1994 (30.05 – 06.06) – с. 30.
* Дарк О. Право на смерть//Независимая газета. – 1999 (3 сентября) – с. 16.
* Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. – М., 1987.
* Мелихова А. Мышь черная, белая… или профилактика суицида//Учительская газета. – 1999, №28/29 – с. 18.
* Научные и организационные проблемы в суицидологии. – М., 1983.
* Павлов И.П. Самоубийство – великая печаль русской жизни//Медицинская газета, 1999 (28 мая) – с. 15.
* Снайдер Р. Практическая психология для подростков. – М., 1995.
* Трегубов Л., Вагин Ю. Эстетика самоубийства. – М., 1993.

**Профилактика суицида в школе.**

**(для педагогов, тренеров, родителей)**

Для веселия планета наша мало оборудована,  
Надо вырвать радость у грядущих дней,  
В этой жизни помереть не трудно.  
Сделать жизнь значительно трудней.

В. Маяковский  
(«Сергею Есенину»)

Зигмунд Фрейд в свое время ввел понятие *«инстинкт смерти» - стремление к саморазрушению, очевидно, заложенное в нем от природы* – если все живое вокруг изо всех сил борется за существование, то отдельные человеческие индивиды, наоборот, вкладывают недюжинную энергию в то, чтобы полностью испортить себе жизнь, а иногда и расстаться с нею. Поистине человек – странное создание: только он способен на самоуничтожение, лишь ему присуще загадочное влечение к смерти – никакому другому живому существу это не свойственно.

Россия в депрессии: страну захлестнул вал самоубийств. Все чаще из жизни уходят подростки, а то и совсем маленькие дети. По данным психиатров, это случается буквально каждый месяц, по 2-3 случая. И это притом, что ведется учет тех, кто остался в живых. Какую же боль надо носить в душе, чтобы убить себя в таком цветущем возрасте?

Вот несколько примеров:

* Лихорадочная страсть к успеху любой ценой. Ученицу одной из престижных школ города У. Едва спасли – напилась таблеток. Оказывается, мать отругала ее за то, что та скатилась до четверки по сочинению.
* Сережа рос в благополучной семье, родители – из интеллигенции. Способный к точным наукам мальчик рос молчуном, про таких говорят: «Слова не вытянешь». Надвигались выпускные экзамены, а по литературе против его фамилии в классном журнале стояла жирная точка. Мудрая учительница, жалея ребенка, не ставила ему отметок. Но как-то поделилась с матерью: Что, мол, делать? Вечером родители крупно поговорили с сыном. Ты, мол, нас позоришь. А утром отец вынул его из петли уже мертвым.
* Почти у всех детей лет с девяти просыпается философский «интерес к смерти». Подрастая, ребенок может подвести над собой эксперимент. Но подросток не осознает, что «оттуда» не возвращаются. Вспомните хотя бы потрясший недавно всю страну таинственный уход из жизни трех девочек-подростков из подмосковной Балашихи. «Похороните нас в одном красном гробу…» написала в предсмертной записке одна из них.

Пойти на самоубийство, когда у тебя за плечами 15-16 лет? Когда жизнь только-только начинается? Это немыслимо… Почему же подростки, молодежь видят в самоубийстве единственный выход из затруднительного положения? Суициды были всегда. Но в наше время число таких случаев растет и растет, особенно среди подростков. Почему? Кто повинен в этом? Данные статистики в ответ на эти вопросы - 92% случаев суицида в среде подростков спровоцированы школой и семьей. Давайте задумаемся над этим фактом.

**Что такое суицид, и кто на него способен?  
(рекомендации по выявлению подростков группы суицидального риска)**

Психотерапевты определяют *суицид как осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при котором собственная жизнь теряет для человека смысл.*

Суицидной можно назвать любую внешнюю или внутреннюю активность, направляемую стремлением лишить себя жизни. При заблаговременной диагностике внутренней активности суицидальный акт может быть предовращен и не выйдет в план внешнего поведения.

*Общей причиной суицида является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением.*Однако для подростков это чаще всего не тотальные нарушения, а*нарушения общения с близкими, с семьей.*

В категорию *детей с суицидальным поведением включаются те, чье поведение и активность наносит вред им самим, их физическому и душевному здоровью.* Этот термин сейчас активно обсуждается в психиатрии и психотерапии. Авторы вслед за З. Фрейдом ищут в человеке глубинный инстинкт смерти, саморазрушения.

*К самодеструктивному поведению относятся осознанные акты поведения, прямо или косвенно, немедленно или в отдаленном будущем ведущие человека к гибели.*Такое поведение демонстрируют наркоманы, алкоголики, самоубийцы. Сложность этой категории людей заключается в том, что *их поведение достаточно осознанно.* *Они представляют последствия своего поведения и практически осознанно продолжают злоупотреблять опасностью.*

Помочь детям и подросткам, имеющим эту тенденцию личности можно лишь только в том случае,*если хорошо понимать причины, приводящие к пренебрежению жизнью.* Лучше всего эти причины видны на группе самоубийц, так как это наиболее явная, отчетливо заостренная форма аутодеструктивного поведения.

*Можно определить склонность подростка к суициду по суицидальным проявлениям.*Различают внешние и внутренние суицидальные проявления.

**Внутренние суицидальные проявления включают в себя:**

* суицидальные мысли; фантазии на тему смерти («заснуть и не проснуться», «если бы со мной что-нибудь случилось, и я бы умер»);
* суицидальные замыслы: продумывание способов самоубийства, выбор его средств и времени;
* суицидальные намерения: к замыслу присоединяется волевой компонент, человек настраивает себя на действие.

**К внешним формам суицидного поведения относятся:**

* суицидальные попытки – целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью;
* завершенный суицид: действия заканчиваются гибелью человека.

Считается, что *суицидом личность пытается изменить свои обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти из травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам.*Суицидное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», в нем могут проявляться черты патологического упрямства в преследовании цели любой ценой. Нередко это акт отчаяния, когда личности кажется, что она исчерпала все свои силы и возможности повлиять на ситуацию.

В случае подростков *суицидное поведение может стать подражательным*. Подростки копируют образцы поведения, которые они видят вокруг себя, которые им предлагает TV, массовая литература. Особенно подражательность характерна для незрелых, внушаемых субъектов. Так, подросток может увидеть, что смерть устрашает окружающих и является действенным средством нажима на обидчиков.

*Предпосылкой аутодеструктивного поведения и суицида* в частности является *апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы.*

Однако наличие психотравмирующей ситуации – недостаточное условие для проявления суицида. *Вторая составляющая – личностные особенности суицидента.*Многие авторы обнаруживают ряд особенностей личности, не позволяющей ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят: напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональная нестабильность, импульсивность, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта. Психодиагностика этих параметров – важная составляющая мероприятий по профилактике суицида.

У подростков суицид чаще встречается при таких *акцентуациях*: истероидный, сенситивный, эмоционально-лабильный, астенический. Фоном является высокий уровень агрессивности подростка.

В возрасте до 19 лет процент умерших от суицида составляет 4% от других возрастных групп суицидентов. Однако у подростков много так называемых *парасуицидальных поступков*: фиксации на темах смерти, страхи и любопытство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные поступки. *Действия подростков направляются не на самоуничтожение, но на восстановление нарушенных социальных отношений.*

У суицидальных подростков есть *отягощенное социальное окружение*: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого. *Мотивы суицида, как правило, незначительны*: двойка по предмету, обида на взрослого, переживание несправедливого обращения и т.п.

*Суицидальная готовность* возникает на фоне довольно длительных ударов, психотравмирующих переживаний*. У подростка снижается толерантность эмоциональной сферы, нарастает агрессивность, обнаруживается неумение противостоять житейским трудностям.*

*Психологический смысл подросткового суицида* – крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания нет, представление о смерти крайне неотчетливо, инфантильно. Смерть представляется в виде желательного длительного сна, отдыха от невзгод, способа попасть в иной мир, так же она видится средством наказать обидчиков.

**Суицид подростков имеет следующие черты:**

* суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, группе);
* конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий;
* суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение и т.п.
* суицидное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику»;
* суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета;
* средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2-3 этажа, малотоксические вещества, тонкая веревка и т.п.).

Учитывая актуальность профилактики суицида, многие авторы задаются вопросом: *нельзя ли заранее распознать суицидента и помешать его намерению?*Абсолютно точных признаков суицидального риска нет, но наиболее общими являются:

* Признаки замышляемого суицида. К ним относятся: разговоры на темы самоубийств, смерти, сны с сюжетами катастроф, сны с гибелью людей или собственной гибелью, повышенный интерес к орудиям лишения себя жизни, рассуждения об утрате смысла жизни, письма или разговоры прощального характера.
* Наличие опыта самоубийства в прошлом, наличие примера самоубийств в близком окружении, особенно родителей и друзей; максималистические черты характера, склонность к бескомпромиссным решениям и поступкам, деление мира на белое и черное.
* Объективная тяжесть жизненных обстоятельств: детство, прошедшее в неблагополучной семье; плохие отношения с близкими в данный период; потеря дорогого человека, общественное отвержение; тяжелое заболевание и т.д.
* Снижение ресурсов личности, позволяющих противостоять трудностям: депрессия, стрессовые состояния, беспомощность, болезни, насилие в близком окружении, истощенность физического или психического плана, неопытность и неумение преодолевать трудности.

**Синдромы поведения подростков, указывающие на готовность к суициду следующие:**

* тревожно-ажитированное поведение, внешне даже похожее на подъем, однако, с проявлениями суеты, спешки;
* затяжные нарушения сна: подростка преследуют страшные сны с картинами катаклизмов, катастроф, аварий или зловещих животных;
* напряжение аффекта, периодически разряжаемого внешне не мотивированной агрессией;
* депрессия, апатия, безмолвие: подросток тяжел на подъем, уходит от обязанностей, бессмысленно проводит время, в поведении видно оцепенение, сонливость;
* выраженное чувство несостоятельности, вины, стыда за себя, отчетливая неуверенность в себе. Этот синдром может маскироваться нарочитой бравадой, вызывающим поведением, дерзостью;
* тяжело протекающий пубертат с выраженными соматическими эндокринными и нервно-психическими нарушениями;
* употребление алкоголя, токсикомания, наркомания.

**Внешние обстоятельства суицидального подростка:**

* неблагополучная семья: тяжелый психологический климат, конфликты родителей, алкоголизм в семье, утрата родителей;
* беспризорность подростка, отсутствие опоры на значимого взрослого, который бы занимался подростком;
* неблагоприятное положение подростка в семье: отвержение, назойливая опека, жестокость, критичность к любым проявлениям подростка;
* отсутствие у подростка друзей, отвержение в учебной группе;
* серия неудач в учебе, общении, межличностных отношениях с родственниками и взрослыми.

**Профилактика суицида в школе.**

**(для педагогов, тренеров, родителей)**

Источниками негативных переживаний подростка может стать накапливание негативных переживаний. Исследования, проведенные в 1995 году, показали, что негативные переживания у подростков возникают в ответ на семейные конфликты, частые наказания, недовольство родителей друзьями детей, частое морализование старших и взрослых.

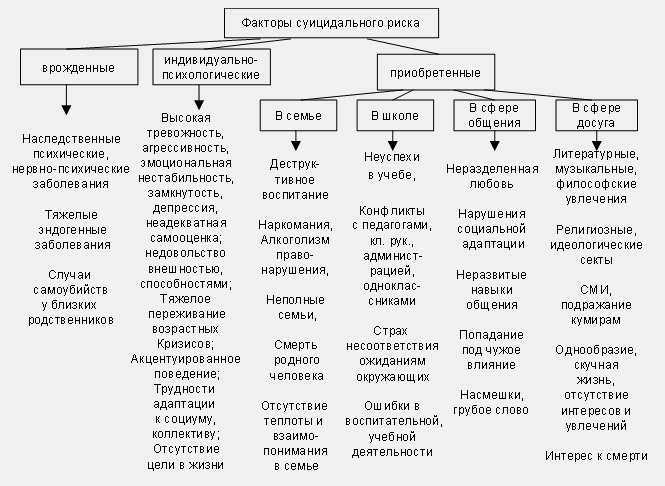
Согласно данным этого исследования главный источник негативных переживаний – семейные конфликты. На это указали 50% мальчиков и 78% девочек из группы «трудных» подростков. Среди «благополучных» подростков эти показатели 47% и 18% соответственно.

Важная причина подростковых переживаний – частые наказания детей. В группе «трудных» - эту причину указали 35% опрошенных, тогда как среди «благополучных» 21% мальчиков и 2% девочек.

Частые наказания провоцируют развитие лживости как средства скрыть проступок. На этот мотив лжи указывают 71% мальчиков и 63% девочек из группы «трудных» подростков.

Досаждает подросткам и неумелое морализаторство родителей. На эту причину указали 65% мальчиков и 72% девочек.

Многие будут правы, если скажут: такие дети нуждаются в помощи специалистов. Нагружать неискушенного педагога работой с суицидентами – значит поставить его в сложную ситуацию: помочь нужно, но нет необходимых знаний. *Роль педагога в работе с такими подростками можно обозначить так*: помощь в своевременном выявлении таких детей и первичная профилактика (сбор анамнестических сведений). Схема работы по выявлению таких учащихся может выглядеть следующим образом:

  
Физическое, психологическое, педагогическое развитие каждого ученика должно отслеживаться с момента его поступления в школу. Зачастую суицидальные попытки имеют наследственную природу, поэтому классный руководитель, медработник, психолог, социальный педагог должны изучить личное дело ученика, постараться найти ответы на все вопросы по представленной схеме; регулярно вести картотеку группы подростков суицидально риска. *Помощь педагога в заблаговременном выявлении таких детей может выразиться в том, что, часто общаясь с ребенком, он может увидеть признаки проблемного состояния: напряжение, апатию, агрессивность и т.п.* Педагог может обратить внимание школьного врача, родителей, администрации школы на этого подростка. *Старшему подростку он может предложить разъяснительную беседу, в которой пояснит, что видит его состояние и советует обратиться к психологу, психотерапевту, так как оно требует работы специалиста*.

Даже такая роль педагога приносит свои плоды. Важно лишь педагогу вложить в такую работу немного искреннего сочувствия и душевного тепла. Осуществляя психопрофилактику суицида, мы должны знать, что в каждом возрастном периоде у детей появляются психологические новообразования, сензитивные к психологическому воздействию. В связи с этим необходимо осуществлять непрерывную психопрофилактику, с самого первого класса, учитывая основные виды деятельности учащихся во все школьные психологические периоды:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Класс | Основные виды деятельности с учащимися | На что обратить внимание |
| 1 | 1 – 4 | Становление и развитие самооценки учащихся.  В 9 лет, как правило, проявляется интерес к смерти. | Естественно, если в этом возрасте самооценка слегка завышена. Рискованные поступки могут совершаться из-за интереса к смерти. |
| 2 | 5 | Адаптация к среднему звену Активизация интереса к коллективной деятельности. | Коррекция детской застенчивости; развитие эмоциональной сферы ребенка |
| 3 | 6 | Активизация интереса к эмоционально-волевой сфере человеческой жизни | Развитие и коррекция эмоционально-волевой сферы; Рефлексия понятий «герой, героизм, патриот» |
| 4 | 7 | Резкое падение самооценки; повышение агрессивности, тревожности, ранимости, неадекватности реагирования в общении | Развитие навыков общения, Формирование навыков саморегуляции, реализация потребности в эмоциональной поддержке со стороны взрослых (семьи, педагогов) |
| 5 | 8 | Незначительно снижение тревожности и агрессивности сочетается с нестабильной самооценкой; Активизация сферы профессиональных интересов | Развитие навыков общения; формирование навыков саморегуляции; первичное исследование сферы профессиональных интересов |
| 6 | 9 | Активизация сферы профессиональных интересов; рост потребностей в психологических знаниях о себе; поиск целей и смысла жизни; просыпается конфликт «отцов и детей» | Психологическая, педагогическая подготовка учащихся к профильному выбору; Обучение построению жизненных перспектив и планов с учетом психологических знаний о себе |
| 7 | 10-11 | Профессиональное самоопределение. Раздумья о любви, о семейных отношениях Юношеский максимализм, идеализм, высокий уровень критики жизненного устройства, радикальность мнений и поступков Появление собственной внутренней философии, отношения к жизни и ее смыслу | Нетрадиционные педагогические и психологические приемы обучения, общения, воспитания. Готовность педагога помочь найти ответ на вопросы, которые ставят перед ним учащиеся |

**Если подросток готов совершить или уже совершил суицид…**

Разделяют истинное самоубийство и демонстративное. Всегда есть риск того, что демонстративное самоубийство может стать истинным.

Шантажный суицид – это что-то вроде самоубийства «понарошку». Когда подросток точно знает, что его спасут и цель – не проститься с жизнью, а чего-либо добиться своей выходкой.

К примеру, вернуть парня, вызвав у него чувство вины. А если не вернется, то хоть окружающие пожалеют.

Итог этой игры – реанимация. По счастью для большинства «шантажистов» достаточной эмоциональной встряской становится атмосфера больницы. Тех, для кого самоубийство было осознанным решением ухода из жизни, больничные ужасы убедить не могут. Для таких людей вовремя приехавшая «Скорая» – не подарок судьбы, а лишь отсрочка. По статистике, треть самоубийц в течение года повторяют свою попытку. И на этот раз – в более жесткой форме.

Самые частые причины подростковых суицидов – несчастная любовь и конфликты в семье. Нет человека, который бы с этим не сталкивался. Из-за этого к самоубийцам часто относятся как к психам или слабакам.

Ситуация «я его люблю, а он меня нет» набила оскомину не меньше, чем подписи на партах «Саша + Маша = Любовь». Надписи типа «Миша + Вася» выглядят куда смешнее, правда? Напрасно вы так думаете! Люди с нестандартной сексуальной ориентацией – наивысшая группа риска в плане разрешения личностных проблем.

Врачи-суицидологи утверждают: количество суицидов в их среде в последнее время резко увеличивается. Одна девочка-лесбиянка совершила пять попыток в течение года из-за несчастной любви – ее бросила подружка. Впрочем, такие ситуации все-таки встречаются редко.  
Вернемся к обычной ситуации «он и она». «Обычной» не значит легкой. У подростков нет еще опыта взрослых, что все проходит, «один бросил, десять подберут». Нет и каких-то зацепок, удерживающих в жизни даже после серьезной эмоциональной встряски: дети, работа, мнение друзей, коллег. Какое все это может иметь значение, когда потерян самый близкий человек? Первый человек, который тебя понимал, был рядом, был тебе нужен. Брошюрки советуют: отвлекитесь, займитесь чем-то другим. А чем: учеба – тоска, предки достали, а у лучшего друга опять свидание. А у тебя ничего.

Здесь важно осознать одно – насильно мил не будешь. *Нельзя заставить любить себя под страхом вскрытия вен.* Очень трудно свыкнуться с мыслью, что ты перестал быть нужен и все кончено. Но толку от зацикливания на этой теме не будет никакого. Придется свыкнуться. Любовь Ромео и Джульетты встречается в книжках значительно чаще, чем в жизни.

Зачастую наиболее сильную боль доставляет *не сам уход человека, а его предательство.*Иногда это заостренное, инфальтильное восприятие жизни доходит до нелепости. Парень был влюблен в девушку, пригласил ее к себе в гости на вечеринку. Вышел на кухню покурить, возвращается в комнату и видит – она с его другом обнимается. Он побежал вешаться. Хорошо, что гости вовремя из петли вынули.

Это пример поступка импульсивного человека, который сначала делает, потом думает – то, что врачи называют «подвижным типом нервной системы». Впрочем, подростковому возрасту вообще свойственно сначала делать, а думать в лучшем случае потом. Мысли о завтра приходят с возрастом. Нормально плюнуть на домашнее задание и отправиться в гости. Подумаешь, двойка – не первая и не последняя. Но собственная жизнь-то, наверное, более значимая вещь. Это не означает, что абсолютно всегда нужно взвешивать все «за» и «против», но посчитать до тридцати перед тем, как намыливать веревку, – это не прагматизм. Это простой способ принять правильное решение.

**Роль родителей в профилактике суицидальных попыток**

Уважаемые родители, вспомните, пожалуйста, кто кого чаще упрекает в черствости и неблагодарности: вы ребенка, или он вас? Вот то-то. А между тем, именно вы, родители, – неизбежные участники самоубийства собственного ребенка.В семьях с нормальными взаимоотношениями суицида не происходит. Ни на любовной почве, ни на какой другой. Потому что ребенку есть с кем поговорить. Вы давно разговаривали с сыном или дочкой?

Иногда родители становятся главной причиной самоубийства*. Дом подростка – это модель мира.* А если мир так ужасен, как бывает иногда обстановка в семье, то зачем жить?

Один мальчик не смог вынести регулярного зрелища, как пьяный отец избивает мать. Как ей помочь, он не знал, а оставить все как есть, не мог. Для него самоубийство казалось единственно возможным выходом из создавшейся ситуации.

Одна девочка наглоталась таблеток во время очередной гулянки родителей. В течение нескольких дней она оставалась без помощи – родителям было не до дочки. В конце концов, ей удалось самой добраться до телефона и вызвать «Скорую».

Иногда трагедией оборачивается ситуация, которая внешне выглядит вполне нормально. В больницу с острым отравлением доставили девочку. Мать, воспитывающая ее без мужа, хотела для дочери «лучшего будущего». Оно, по ее мнению, целиком зависело от учебы. Девочку отдали в спецшколу, все время переводили из класса в класс повышенной сложности. В итоге, ничего, кроме постоянной зубрежки, у нее в жизни не было. Никаких друзей, потому что только она успевала приспособиться к одному коллективу, как он тут же менялся. Постоянное напряжение, дикая опека со стороны матери – и в результате долгие беседы с психиатром. Ему пришлось потратить не один час, чтобы убедить девочку, что есть и другие способы объясниться с матерью, чем подобный акт протеста.

Самоубийство есть убийство – неважно, что действие совершается собственной рукой. Нормальному человеку трудно переступить запрет на убийство себе подобного (хотя запрещает закон, на самом деле табу находится внутри нас) – и, слава Богу! Но *направить орудие убийства против себя самого оказывается гораздо легче, чем против, другого – это так называемая переадресованная агрессия.*

В повседневной жизни самоубийство чаще всего – просто реакция слабой натуры на сложности жизни, и ничего героического и тем более, романтического в нем нет. Каждый имеет формальное право распоряжаться своей жизнью, как ему хочется. А в реальности он связан с окружающими его людьми, и добровольно покидать их не может и не должен.

**Мнение православной церкви**

В современном православии совершение самоубийства – это самый страшный грех. Человек не имеет права так самовольно распоряжаться с даром, которым его одарил Господь Бог. Самоубийц раньше хоронили за церковной оградой, не отпевали по церковным законам. Поминать их можно только один раз в год.

За один день в России в среднем кончают жизнь самоубийством 108 человек. Легко подсчитать, что за год около 40 000 человек добровольно уходят из жизни. Если учесть так же все неудавшиеся по той или иной причине суицидальные попытки, то эта цифра, очевидно, многократно увеличится.

Наша общая задача заключается в том, чтобы, по возможности, ограничить распространение самоубийств, научиться эффективно предупреждать их. Однако задача эта чрезвычайно сложная, так как для решения ее необходимо добиться кардинальных позитивных сдвигов в общественных отношениях как на макро- так и на микросоциальном уровнях.

Распространение самоубийств, их частота отражают моральное здоровье общества, уровень социальной напряженности, наконец, просто благополучие людей.

Однако, на протяжении человеческой истории у разных народов, в рамках различных субкультур, при различных социально-экономических формациях самоубийства в том или ином виде всегда имели место.

Было бы наивно думать, что настанет когда-нибудь «золотой век», когда не будет конфликтов, разочарований, трагедий – всего того, что иной раз толкает человека к самоубийству. Видимо придется признать, что самоубийства будут всегда, как всегда будут болезни, старость, страдания и смерть.

Самоубийство – чисто человеческий, сознательный поведенческий акт, значит, не будет преувеличением сказать, что оно является своеобразной «платой» за разум, индивидуальность, за свободу воли и выбора. Тем не менее, это не значит, что мы не должны стремиться максимально снизить число самоубийств, а для этого необходимо углубленное изучение феномена самоубийства во всех его аспектах.

**Домашнее задание**

Уважаемые педагоги, психологи, социальные и медицинские работники! Проанализируйте свои планы учебных, воспитательных мероприятий на следующий учебный год. Подумайте, какие из них служат целям профилактики суицидальных попыток, а какие, возможно, могут нанести вред психологическому, психическому благополучию учащихся (особенно группы риска). Ведь известно, что участие в физическом соревновании физически слабого ребенка может спровоцировать у него депрессивное расстройство. Продумайте схемы проведения всех мероприятий на предмет сохранения психологического благополучия учащихся. При этом постарайтесь ответить на следующие вопросы:

* Соответствует ли данное воспитательное, учебное мероприятие возрастным, индивидуально-психологическим особенностям учащихся?
* Своевременно ли оно проводится?
* Каким образом можно продифференцировать составные части мероприятия относительно индивидуальных особенностей учащихся?
* Оптимален ли уровень притязаний педагога по отношению прогнозируемым достижениям учащихся?
* Каковы будут методы поощрения и критики в адрес учащихся?
* Как будет влиять выполнение мероприятия на успешность реализации дальнейшей программы воспитания?
* Найдите ответ на вопрос: какие новые психологические качества появляются и сензитивны (наиболее благоприятны для развития определенных качеств) к развитию в различные возрастные периоды?
* Составьте картотеку педагогических, психологических игр, способствующих формированию благоприятного психологического климата в ученическом коллективе.

**Профилактика суицида в школе**

**Программа профилактики суицидального поведения подростков "Перекресток"**

**Пояснительная записка**

Семье и отдельной личности в период жизненных кризисов свойственно искажение субъективного образа мира, т.е., представлений и отношение к себе и к миру в целом. Суицидальные мысли и фантазии в этот момент очень распространены.

По данным отчёта Детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершенных самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийства среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое среди основных причин потенциальной потери жизни. Анализ материалов уголовных дел показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетними совершается из-за конфликтов и неблагополучия: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения и конфликтов со стороны учителей, одноклассников, друзей, чёрствости и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за безразличия родителей, педагогов на их проблемы и протестовали таким образом против безразличия и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности, потерявшие смысл жизни подростки. Также причиной суицида может быть алкоголизм и наркомания, как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические особенности человека, внутриличностный конфликт и т.п.

Суицидальные действия у детей часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения: попыткам разрешить трудную жизненную ситуацию непригодными, неадекватными способами. Своевременная психологическая помощь, участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедий.

**Основные цели и задачи программы**

Данная программа предназначена для организации профилактической и коррекционной работы по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп в общеобразовательном учреждении. При её разработке опирались на Письмо Минобразования РФ от 29 мая 2003 г. № 03-51-102ин/22-03 “О мерах по усилению профилактики суицида детей и подростков”, книгу Синягина Ю.В., Синягиной Н.Ю. “Детский суицид: психологический взгляд”. – СПб.: КАРО, 2006, программу по профилактике суицида [Черновой Галины Васильевн](http://festival.1september.ru/authors/101-615-653)ы, *учителя начальных классов, педагога-психолога г.Ижевска.*

**Цель** настоящей программы **в формировании у школьников позитивной адаптации к жизни, как процесса сознательного построения и достижения человеком относительно устойчивых равновесий отношений между собой, другими людьми и миром в целом.**

Поставленная цель достигается за счёт последовательного решения следующих **задач:**

1.  Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями.

2.  Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите и оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

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

4.  Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе лицея так и в период трудной жизненной ситуации.

5.  Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка.

6.  Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

7.  Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

**Основные направления деятельности**

1.    Работа с детьми и молодежью, ставшими на путь социальной дезадаптации, но имеющими ближайшие перспективы её преодоления.

2.    Работа с детьми и молодежью, нуждающимися в срочной психоэмоциональной поддержке.

3.    Работа с неблагополучными семьями.

**Содержание основных понятий**

**Покушение на самоубийство –**это однородная деятельность человека, не закончившаяся летальным исходом по различным обстоятельствам.

**Социализация –**двуединый процесс: с одной стороны, это *внешнее*для человека влияние на него со стороны общества его социальных институтов и общественной атмосферы, нравственных норм и культурных ценностей, образа жизни людей; с другой – это *внутреннее,*личностное освоение каждым человеком такого влияния в процессе социального становления.

**Социальная среда –**человеческое, духовное, предметное окружение ребенка, которое оказывает влияние на его личностное развитие, выступая реальным пространством его формирования и самореализации.

**Суицид –**самоубийство, намеренное лишение себя жизни. Самоубийство и примыкающий к нему более широкий ряд феноменов аутоагрессии и саморазрушения следует отнести к формам девиантного поведения (поступки или действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам).

**Суицидальная попытка –**это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

**Суицидальное поведение** – волевые действия личности, конечной целью которых является покушение на самоубийство или сам акт самоубийства. Является следствием социально – психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального климата.

**Суицидальные замыслы** – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации.

**Суицидальный риск** – склонность человека к совершению действий, направленных на собственное уничтожение.

**Суицидент –**человек, совершивший самоубийство или покушение на самоубийство.

**Толерантность** – способность человека принимать других людей такими, каковы они есть, сосуществовать и взаимодействовать с ними.

**Принципы реализации программы**

Принцип **ценности личности**, заключающийся в самоценности ребенка.

1.    Принцип **уникальности личности**, состоящий в признании индивидуальности ребенка.

2.    Принцип **приоритета личностного развития**, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности каждого ребенка.

3.    Принцип **ориентации на зону ближнего развития каждого ученика**.

4.    Принцип **эмоционально-ценностных ориентаций** учебно-воспитательного процесса.

**Ожидаемый результат**

Организованная таким образом работа позволит осуществлять социальную и психологическую защиту детей, снизить количество детей с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток. Также позволит организовать работу по оптимизации взаимоотношений в детско-родительской среде.

**Достоинства настоящей программы**

·  В имеющихся возможностях для психологического раскрепощения школьников, для формирования навыков и приемов, способствующих самовыражению каждого ученика;

·  В имеющихся возможностях для оказания помощи классному руководителю, учителю-предметнику строить учебно-воспитательную работу в системе, с учетом психологических и возрастных особенностей учащихся;

·  В создании условий для своевременной корректировки выявленных психологических проблем и совершенствования и оптимизации учебно-воспитательного процесса.

Наибольший эффект **программа** может иметь, реализованная как **целостная система совместной деятельности педагогов, психолога, администрации школы и родителей, направленная на активное приспособление ребенка к социальной среде, включающее в себя как успешное функционирование, так и перспективное психологическое здоровье**.

**Система программных мероприятий**

1. Организация работы с детьми, подростками и молодежью

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№  п/п** | **Содержание работы** | **Сроки** | **Ответственный** |
|  | Выявление  несовершеннолетних и их семей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации | Постоянно | Зам.директора по ВР |
|  | Составление базы данных по социально неблагополучным детям и под- росткам | Ежегодно  сентябрь | Зам.директора по ВР |
|  | Проведение индивидуальных профилактических мероприятий с детьми  социального риска | В течение  года | Совет профилактики |
|  | Организация оздоровления и отдыха  во внеурочное время детей из неблагополучных и малообеспеченных  семей | Канику-  лярное  время | Зам.директора по ВР |
|  | Организация волонтерского движения по оказанию помощи детям, склонным к суицидальным действиям | В течение  года | Куратор по профилактике асоциальных явлений |
|  | Организация работы по профилактике злоупотребления ПАВ | В течение  года | Куратор по профилактике асоциальных явлений |
|  | Включать в ежегодные планы учебно-воспитательной работы ОУ проведение психологических классных часов, с учетом возрастных особенностей  детей, согласно следующим тематикам:  - в поисках хорошего настроения;  - профилактика курения;  - как научиться жить без драки;  - учимся снимать усталость;  - толерантность;  - как преодолевать тревогу;  - способы разрешения конфликтных  ситуаций с родителями;  - стресс в жизни человека. Способы борьбы со стрессом;  - грани моего "Я";  - я + он + они = мы;  - способы саморегуляции эмоционального состояния "Как сказать Нет!";  - Не сломай свою судьбу! (подросток и наркомания) и др. | Ежегодно,  согласно  планам | Классные руководители |
|  | Включать в ежегодные планы учебно- воспитательной работы ОУ проведение правовых классных часов с учетом возрастных особенностей детей, согласно следующим тематикам:  - что ты должен знать об УК РФ;  - уголовная ответственность несовершеннолетних;  - знаешь ли ты свои права и обязанности | Ежегодно,  согласно  планам | Классные руководители |
|  | Обеспечение психолого-педагогической поддержки обучающихся к выпускным экзаменам (тренинги) | Ежегодно  март -  апрель | Психолог ШПМССЦ «Ресурс», зам.директора по УР |
|  | Организовать психологические тренинги для подростков и старшеклассников согласно следующим тематикам:  - тренинг уверенности;  - тренинг "Манипуляция: игры, в  которые играют все" и др. |  | Психолог ШПМССЦ «Ресурс» |
|  | Широкое привлечение дискуссионных  форм и методов работы с подростками и молодежью | Постоянно | Зам.директора по ВР |
|  | Организовать проведение цикла занятий для подростков "Я сам строю  свою жизнь" | Периоди-  чески | Психолог ШПМССЦ «Ресурс» |
|  | Организация работы по оказанию своевременной консультативной психоло- го-педагогической помощи в разрешении конфликтных ситуаций | Постоянно | Психолог ШПМССЦ «Ресурс», зам.директора по ВР |
|  | Охват асоциальных детей кружковой работой, занятиями в спортивных секциях, общественно-полезной нагрузкой. | В течение года | Классные руководители, педагог-организатор |

2. Организация работы с педагогическим коллективом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Организация работы семинаров для  различных категорий педагогов согласно следующим тематикам:  - суицид и меры профилактики;  - причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников;  - типология возрастных психолого-педагогических особенностей учащихся;  - психологический климат в организованных молодежных группах (классах и др.);  - профилактика конфликтных ситуаций в подростковой и молодежной среде;  - методика разрешения педагогических конфликтов | Постоянно, согласно  плана работы ОУ | Зам.директора по ВР |
|  | Проведение проверок директором по исполнению норм законодательства РФ в части исполнения п. 6 ст. 15 Закона РФ "Об образовании" о недопущении применения  методов физического и психического насилия по отношению к обучающимся и воспитанникам | В течение года | Директор |
|  | Ориентировать воспитательную работу на формирование у молодых людей способности к адекватной самооценке и критической оценке действительности | В течение года | Зам.директора по ВР |

3. Организация работы с родительской общественностью

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Организация педагогических лекториев согласно следующим тематикам:  - возрастные психолого-педагогические особенности (младший школьник, подросток, старший школьник); - наши ошибки в воспитании детей;  - шаги общения;  - психологические особенности периода адаптации детей и подростков, формы родительской помощи и поддержки;  - тревожность и ее влияние на развитие личности;  - трудный возраст и советы родителям;  - суицид и меры профилактики;  - особенности детско-родительских  отношений как фактор психологического дискомфорта;  - чем и как увлекаются подростки;  - куда и почему уходят дети: профилактика безнадзорности и бродяжничества;  - уголовная ответственность несовершеннолетних;  - как помочь ребенку справиться с  эмоциями | Постоянно, согласно  плана работы ОУ | Психолог ШПМССЦ «Ресурс», зам.директора по ВР |
| 2. | Организация психологического тестирования отдельных категорий родителей на предмет выявления нарушений во взаимоотношениях подростка с родителями и их причин | По запросу | Психолог ШПМССЦ «Ресурс» |
| 3. | Организовать работу совместных совещаний-семинаров работников правоохранительных органов, врачей- наркологов, педагогического коллектива и родителей  по вопросам эффективной воспитательно-профилактической работы и пропаганды здорового образа жизни среди детей, подростков и молодежи | В течение года | Психолог ШПМССЦ «Ресурс», директор. зам.директора по ВР |
| 10. | Организовать в библиотеке тематические стенды, книжные выставки, передвижки по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни | Периодически | Школьный библиотекарь |
| 11. | Организовать серию позитивных публикаций в школьной газете «Школьный меридиан» | Ежемесячно | Руководитель школьной газеты |

**Литература**

1.    Бережковская Е. Чем и как увлекаются подростки // Школьный психолог, 2005, №1

2.    Борщевицкая Л. Психологический час “Как научиться жить без драки” // Школьный психолог, 2006, №10.

3.    Галушина Э., Комарова О. Игра для подростков “В чем смысл жизни” // Школьный психолог, 2005, №5.

4.    Зарипова Ю. Поверь в себя. Программа психологической помощи подросткам // Школьный психолог, 2007, №4 (16).

5.    Кардашина О., Родионов В., Ступницкая М. Я и мой выбор. Занятия для учащихся 10 – 11 классов по формированию социальных навыков и навыков здорового образа жизни // Школьный психолог, 2001, №27.

6.    Кузнецов Д. Демобилизирующая тревожность: некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников // Школьный психолог, 2005, №2

7.    Михайлова Н., Сафонова Т., Тюпкина Е., Немолот Е. Деловая игра для педагогов среднего звена “Педагогические приёмы создания ситуации успеха” // Школьный психолог, 2006, №15.

8.    Манелис Н. Психологический климат в классе // Школьный психолог, 2001, №10, 12, 16, 19.

9.    Николаева Н. Программа комплексного взаимодействия с подростками “группы риска” “Грани моего Я” // Школьный психолог, 2006, №15

10.    Ожегов С.И. словарь русского языка. / Под ред. Н.Ю.Шведовой. 1984. – 797 с.

11.    Панченко Н. Занятие “Я + Он + Они == Мы” // Школьный психолог, 2006, №18.

12.    Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. Сост.: А.Г.Абрумова и В.А.Тихоненко. М., 1980.

13.    Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю.. Детский суицид. Психологический взгляд. КАРО, С – П , 2006. – 176 с.

14.    Соболева А. Профилактика конфликтных ситуаций и борьба сними // Школьный психолог, 2004, №40, 41,

**Профилактика суицида в школе.**

Одной из важнейших задач работы психолога является профилактика суицида среди школьников.

 Актуальность этой проблемы вытекает из того, что дети являются зачастую слишком «любимы», «единственные» или «нелюбимые». Часто  не могут влиться в коллектив, частые переезды, семейные конфликты, слабое материальное положение, чувство неполноценности, агрессивность, жестокость, не понимание со стороны взрослых, страх перед проблемами.

   Основное время дети проводят у телевизора, где зачастую смотрят бесконтрольно все передачи и фильмы со сценами насилия, жестокости, а затем могут часто сами быть жестокими по отношению к сверстникам, которые послабее физически и морально.

 Особое внимание уделяется детям прибывшим из других поселков и живущие на квартире.

 По плану велось исследование и диагностика по В.Зунгу уровень школьной тревожности, «Шкала тревожности», изучение нервной системы, изучение взаимоотношений. Опросник АСВ (анализ семейных отношений),

ЭГ Эйдемилера «Семейная структура», «Семейная хореография», «Взаимоотношения одноклассников»,«Авторитет среди сверстников».Особое внимание уделяется на самооценку ученика, на саморегуляцию.

  Проводились профилактические и коррекционные работы с детьми, беседы: «Я и мои ценности», «Самая большая ценность- это жизнь», «Моя самооценка», «Когда я счастлив…» .

   Проводились такие практические занятия: «Не законченные фразы», «Мои переживания», «Арт терапия», «Мои страхи как от них избавиться?», «Карикатура на врага», «Откровенное письмо мистеру Х».

  Аутотренинги: «Умение расслабиться, раскрепоститься, слушать и слышать, выговариваться», работа по правилам Д.Карнеги «Как перестать беспокоиться и начать жить», «Правила, которые помогут быть уверенным, стать счастливее», «12 правил ДК.., которые помогут склонить людей к вашей точке зрения», «Правила как добиться успеха, приобрести друзей».

  Профилактическая работа проводилась так же со всеми родителями группой и индивидуально с теми родителями дети, которых больше всего нуждаются во внимании и поддержке, это Сумской А, Несмиянова А, Зазуляк В, Айса Л.

  Проводились лекции, беседы « Взаимоотношение в семье», Авторитет родителей», «Кризис подросткового возраста», «Модель поведения..», «Дети - это зеркало».

   Среди пед. коллектива проводились лекции: «Девочки и мальчики такие разные», «Лидеры положительные и отрицательные», «Поощрения и наказания», «Внутренний мир ребенка», «Личность ребенка – уникальна», «Дети все должны быть счастливы».

  Постоянно проводились рекомендации для родителей и педагогов по улучшению самооценке ребенка.

  Используемая литература: книга Рогова «Настольная книга практического психолога», « Справочник психолога» О.Н.Истратова, «Валеология в школе», «Психология и школа», « Школьный психолог», СМИ.

Психолог школы:

# Особенности суицидального поведения у подростков

# (обзор литературы)

*Ю.В. Попов, А.А. Пичиков*

*ФГУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт*

*им. В.М.Бехтерева Минздравсоцразвития РФ*

**Резюме.** В обзоре рассмотрены особенности суицидального поведения у подростков: основные эпидемиологические данные; особенности диагностики, клинических проявлений; психопатология, ассоциированная с суицидальным поведением; принципы терапии подростков, совершивших суицидальные попытки.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, суицидальные попытки, подростки.

Specificity of suicidal behavior in adolescents

Y.V.Popov, A.A.Pichikov  
St.-Petersburg V.M.Bekhterev psychoneurological research institute

Summary. This review considered specificity of suicidal behavior in adolescents: it includes capital epidemiological facts; diagnostics peculiarities, clinical features; psychopathology associated with suicidal behavior; therapy principles of adolescents with suicidal attempts.

Key words: suicidal behavior, suicidal attempts, adolescents.

**Профилактика суицида в школе**

**(для педагогов, тренеров, родителей)**

Примерно 100 лет назад немецкий психиатр A. Байер  написал: «Какое ужасающее противоречие в том, что ребенок, рожденный и предназначенный непосредственно для радостного и невинного наслаждения жизнью, сам накладывает на себя руки» [23]. По настоящее время общественность не перестает волновать проблема подростковых суицидов, число которых неуклонно возрастает. Данная тенденция отмечается не только в России, но и в ряде западных стран. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15–24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2–3-е место. По данным Э. Гроллман, с 1960 по2000 г. частота суицидов среди подростков и молодых людей в возрасте 15–22 лет увеличилась на 265% [9]. Необходимо также учитывать, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100–200 суицидальных попыток [28]. По данным T. Ivarsson [27], половинасуицидентов детского и подросткового возраста совершают повторный суицид. В нашей стране только за 90-е годы XX в. частота суицидов среди подростков возросла в 3 раза. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия, к сожалению, занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее [20].

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

В последние 10-летия произошел резкий сдвиг в скорости биологического созревания молодежи. Снизился возраст возникновения месячных у девочек примерно с 16–17 до 12–13 лет. Для современных подростков характерно более раннее начало половой жизни, учебной и трудовой деятельности. Их психологическое развитие и социальная адаптация в какой-то степени не способны угнаться за теми требованиями общества, которые позволяют характеризовать подростка как готового к взрослой и самостоятельной жизни. Экономические исоциокультуральные изменения, которые произошли за последние 20 лет, имеют и определенную негативную роль. Растет распространенность и легкодоступность алкоголя, наркотических средств среди молодежи, которые нередко являются составной частью суицидальной попытки, притупляя чувство самосохранения. Информационная «поддержка» современными СМИ темы суицида, нейтральное отношение к нему общества, распространение суицидальных интернет-сообществ, пропагандирующих индивидуальный или расширенный киберсуицид, также повышают риск совершения суицида у подростков.

По данным А.Е. Личко, лишь в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован к ближним прежде всего [14].  
В зарубежной литературе рассматривается «когортная теория» [25, 26], согласно которой имеется взаимосвязь между ростом суицидов в подростковом возрасте и относительной численностью соответствующих когорт рождения. По мнению авторов, чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, образования, здравоохранения и т.д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и аутодеструктивным действиям.

Ю.В. Попов, А.В. Бруг дают оценку одной из форм суицидального поведения у подростков – аддитивного [18]. По их мнению, так как в большинстве случаев суицидальное поведение – это своеобразный «крик о помощи», то в ситуации хронического стресса, негативного эмоционального климата в семье, в отсутствие позитивного опыта решения стрессовых ситуаций – суицидальное поведение может закрепляться как способ хотя бы временного (либо очень быстрого) разрешения семейных и личных проблем. И поскольку у детей и подростков аффективное реагирование, особенно если оно приобретает патологический характер, характеризуется стереотипным повторением, реакциями «клише», то в дальнейшем уже на любые проблемы подросток дает привычную реакцию. Он становится зависимым от привычной формы реагирования.

Наиболее распространенной в отечественной суицидологии является концепцияА.Г.Амбрумовой, согласно которой «суицидальное поведение – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микроконфликта» [2].  
По мнению А.Г. Амбрумовой [1], к особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся:

1.Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма 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-шантажным аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности 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: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых.

По данным исследований В.В. Нечипоренко, для суицидентов-подростков характерны следующие особенности: обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство покинутости; переживание собственной несостоятельности, физического отставания; избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [15].

Е.М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью [7].

Следует отметить, что у подростков пресуицидальный период не так отчетливо выражен, как в более старшем возрасте. Частота завершенных суицидов по сравнению с покушениями относительно невелика – 1% попыток к самоубийству детей и подростков заканчивается смертью.Следует иметь в виду, тем не менее, что суицидальные попытки, как правило, содержат реальную угрозу для жизни юного суицидента. Очевидно также относительное преобладание подростков-суицидентов старшего пубертатного возраста.

В младшем подростковом возрасте суицидальные попытки наблюдаются у мальчиков и девочек приблизительно поровну, а в среднем и старшем пубертатном периоде попытки самоубийства совершают по преимуществу девочки.

Важным для подросткового возраста является момент установления истинности суицидальных действий путем оценки осознанности суицида, которая в немалой степени определяется особенностями трактовки подростком феномена смерти. К периоду адолесценциивместе с появлением относительной зрелости и социализированности личности появляются адекватные представления о смерти как о необратимом прекращении жизни. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. «Метафизическая интоксикация», свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка и в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения. Вместе с тем при наличии определенного инфантилизма личности возможен регрессивный уход к более ранним, свойственным в большей степени детскому возрасту представлениям о смерти как о возможности двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаянье, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков.

Немаловажным представляется нам вопрос о религиозной вере как об одном из определяющих антисуицидальных факторов. Понимание «греховности» суицида порой является для подростка сдерживающим фактором. С.Б. Борисов [4], исследовавший мнение современной молодежи относительно восприятия смерти, выявил интересные факты: 70% респондентов в той или иной форме признавали бытие души после физической смерти, из них 40% верили в реинкарнацию, однозначно отвергали бытие души после смерти всего 9% интервьюируемых.

По данным В.Т. Кондрашенко [12], суицидальные действия у подростков обусловлены следующими причинами: 10% – психотические расстройства; 15% – невротические состояния; 1% – тяжелые соматические заболевания; 12% – сложная семейная ситуация; 18% – сложная романтическая ситуация; 15% – проблемы самореализации в референтной группе; 7% – боязнь ответственности за совершенные действия; 8% – дидактогении; 5% – употребление алкоголя и наркотических веществ; 9% – невыясненные причины.

По мнению А. Аптера [3], в популяции подростков особое значение для суицидальностиимеют следующие коморбидные сочетания:

      шизофрении, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами;

       злоупотребления психоактивными веществами, расстройств поведения и депрессии;

      аффективного расстройства, расстройств пищевого поведения и тревожных расстройств;

      аффективного расстройства, расстройства личности (параноидное и шизоидное расстройства личности) и диссоциативных расстройств (проявляющихся дезинтеграцией функций сознания, памяти, идентификации или восприятия мира). Эти сочетания требуют энергичного психиатрического вмешательства.

По данным Л.Я. Жезловой, среди детей-суицидентов до 13 лет больные шизофренией составили 70%, а лица с ситуационными реакциями – 18%; в более старшем возрасте (13–14 лет) число страдающих шизофренией уменьшилось до 38%, а количество лиц с ситуационными реакциями, наоборот, возросло до 60% [11].

Связь между аффективными расстройствами у подростков и суицидальностьюподтверждается многочисленными исследованиями [31, 33].

В детско-подростковом возрасте особенности развития почти неизбежно сказываются в атипичности проявлений аффективного расстройства. Однако по крайней мере на субсиндромальном уровне кратковременные депрессии в этом возрасте не столь редки. Свою роль играет психическая уязвимость подростков, их склонность к депрессивным реакциям и даже клинически оформленным, но обычно реактивным депрессиям. Причины депрессивного реагирования в подростковом возрасте зачастую неординарны – либо сугубо индивидуальны, либо отражают субкультуральные влияния подростковой среды. Малопонятные для взрослых, но значимые для подростков поводы для острой реакции, а также склонность к подражательному поведению могут провоцировать суицидальные действия, чаще всего импульсивные [13].

Изучение подростков, перенесших эндогенные депрессивные приступы субпсихотического уровня (встречающиеся несравненно чаще, чем психотические, и протекающие в большинстве случаев вне непосредственного наблюдения психиатра, что повышает их суицидальную опасность), выявило наличие суицидальных тенденций почти у 1/3 обследованных и позволило определить основные формы суицидальных действий, в известной степени связанные с особенностями депрессивного синдрома [10].

На основании доминирования у подростков в течение приступа определенного оттенка депрессивного компонента было выявлено 5 типов депрессивных состояний:

       астенический;

       меланхолический;

       тревожный;

       дисфорический;

       апато-динамический.

При этом лишь астенические депрессии не сопровождались суицидальными тенденциями. При меланхолическом, тревожном, дисфорическом вариантах депрессии, несмотря нациклотимный уровень расстройств, аффективные переживания характеризовались достаточной насыщенностью и вторичной психологической переработкой с построениями о неблагоприятно изменившемся отношении окружающих к самому больному. При этих вариантах депрессий суицидальные попытки, как правило, возникали внезапно после объективно незначительнойпсихотравмы (конфликта), которая играла роль катализатора, резко обострявшего имевшиеся стертые депрессивные переживания. Суицидальная решимость в большинстве случаев не была истинной, носила парасуицидальный характер, будучи направленной на восстановление социальных связей с окружающими, отличалась кратковременностью и нестойкостью в силу быстрого ослабления эмоционального напряжения и переключения внимания на иные проблемы.  
Иная форма суицидального поведения у подростков выявлялась при адинамических депрессиях, характеризовавшихся ослаблением витально-энергетического тонуса при блеклости,невыраженности собственно аффективного синдрома. В этих случаях суицидальные намерения возникали на фоне монотонной депрессии, не имели связи с психогенией и нередко сопровождались повышенной депрессивно окрашенной рефлексией с рассуждениями о тщетности и мелочности жизненных установок окружающих, о меркантильности человеческих взаимоотношений, о собственной неприспособленности к реальной жизни. Суицидальные намерения при этой форме депрессии редко реализовывались в поступки, однако в случае возникновения суицидальных действий последние отличались склонностью к рецидивированию и совершались втайне от окружающих.

Следует отметить, что считающиеся классическими для больных эндогенными депрессиями формы суицидальных действий (вследствие идей самообвинения) у подростков наблюдаются достаточно редко, что, очевидно, связано с большей обращенностью «вектора вины» на окружающих.

По данным отечественных и зарубежных исследований [5, 24, 32], была выявлена очевидная взаимосвязь влияния выраженности и сочетания химических зависимостей на суицидальное поведение подростков. При этом наблюдались гендерные различия, когда у девушек при менее брутальных аддитивных состояниях отмечались высокие аутоагрессивные тенденции по сравнению с подростками мужского пола.

Суицидальное поведение подростков – это в основном проблема «пограничной» психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии – 20–30%, а все остальное – на так называемые подростковые кризы [29, 30].

По данным А.Е. Личко [14], суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений при психопатиях и при непсихотических реактивных состояниях на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных им подростков мужского пола суицидальное поведение было отмечено у 34%. Из них демонстративное поведение было констатировано у 20%, аффективные попытки – у 11%, истинные, заранее обдуманные покушения – лишь у 3% (от общего числа суицид-ных попыток это составляло, соответственно, 59, 32 и 9%).

По мнению U. Otto [30], среди подростков, совершавших суицидные попытки, преобладалиистероиды (36%) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты (33%), еще у 13% отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко.

При демонстративном суицидальном поведении 50% оказались представителямиистероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, в 32% –эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь в 18% – были представители всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. При аффективном суицидальном поведении 1-е место заняли лабильный и лабильно-истероидныйтипы (37%), на 2-м месте были другие варианты истероидного типа (23%), по 18% пришлось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4% – на эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Обращает внимание чрезвычайно низкая суицидальная активностьшизоидов в подростковом возрасте [14].

При суицидальных поступках у подростка особое значение приобретает фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера». В качестве примера могут выступать суицидальные поступки как «ближнего круга» – родителей, братьев или сестер, друзей или соседей, так и не совсем корректное освещение в средствах массовой информации темы суицида. Очень опасными и часто ведущими к суицидальному действию у детей и подростков являются повторяющиеся угрозы родителей совершить самоубийство, особенно в связи с разводом. Часто в таких случаях дети реализуют намерения родителей [21]. Особенное влияние на молодежь может иметь смерть «кумиров»: знаменитостей, музыкантов, моделей. S.Stack (1987 г.) указывает на очевидность связи повышенного количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации суицидов знаменитостей [8].

Разные публикации в газетах, теле- и радиопередачи о самоубийствах могут, как выяснилось, также подтолкнуть к попыткам самоубийств среди особо чувствительных подростков. В 80-е годы 2 американских детских психиатра (Gould och Shatter, 1986) описали действие серии телевизионных программ о самоубийствах подростков, которые были показаны с педагогической целью. В течение 2 нед. после каждой такой программы количество самоубийств в этой возрастной группе значительно увеличилось. Сейчас информацию (например, описание различных способов самоубийства) можно получить по Интернету, что также может повысить риск подражания. Считается, что подросток, совершивший самоубийство, «вдохновляет» других людей, которые находятся в трудном положении, к таким же действиям. Увеличение случаев самоубийств может наблюдаться в школьной среде или других группах, где подростки хорошо знают друг друга. Те, кто был ближе всего к умершему, переживают очень сильный шок. У них развивается депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство [19].

Для подросткового возраста характерны кластерные суициды в виде эпидемии самоубийств, совершенных сходным способом в короткий период времени. Впечатлительные, склонные к подражанию подростки являются наиболее частыми жертвами информационных программ, документальных или художественных фильмов и публикаций в прессе, в которых освещаются случаи самоубийств. В суицидологии этот феномен  известен как «синдром Вертера». Более 2 столетий тому назад гениальный немецкий писатель И. Гете написал роман «Страдания юного Вертера». Главный герой романа Вертер застрелился из-за неразделенной любви. Книга имела огромное влияние на читателей и вызвала волну самоубийств по всей Европе. Подражая Вертеру, молодые люди стрелялись перед портретами возлюбленных. Всплеск самоубийств был столь велик, что в некоторых странах роман был запрещен. Эффект подражания и индуцирующее влияние резонансных самоубийств, отраженных в масс-медиа, хорошо известен и в наши дни [22].

В настоящее время большой проблемой стали публикации в средствах массовой информации, в которых суициды и суицидальное поведение являются своеобразной «изюминкой», «изысканной» или «благородной» смертью «мужественного человека». Подробно описывается, как можно «красиво уйти из жизни» [18]. Далеко не каждый подросток, имеющий суицидальное поведение, осуществит свои намерения. Но подросткам с уже существующей суицидальной настроенностью, а также со свойственной им впечатлительностью подобная информация может «помочь» принять роковое решение. Кроме того, такая информация направлена на поощрение суицидального поведения как на способ решения проблем. Широкая и доступная информация о суицидах даже в форме их осуждения может спровоцировать суицидальное поведение у подростков, ранее не задумывавшихся об этом. Учитывая и без того возрастающую актуальность подростковых суицидов, это не может не вызывать тревоги, и, видимо, требуются ограничительные меры на подобную информацию.

Основной проблемой постсуицидального периода является то, что основная группа суицидентов-подростков выпадает из поля зрения психолого-психиатрической службы в этот период [6]. Подростки, совершившие суицид, госпитализируются в отделения соматического профиля, где им оказывается неотложная помощь и в лучшем случае предлагается обратиться к психиатру после выписки. Но родители суицидентов намеренно скрывают факт суицида, опасаясь так называемых «социальных последствий» обращения к психиатру. Таким образом, подростки остаются с нерешенными проблемами и без квалифицированной помощи.

Помро К. . и соавт. [17] приходят к следующим выводам:

      психиатрическая оценка может быть сделана только через некоторое время после срочной соматической помощи;

      быстрая смена больных в отделении скорой помощи и значительное количество пациентов, которых следует ежедневно обследовать, ограничивают время для качественной работы; это относится и к опросу окружения;

      оценка состояния пациента после его «пробуждения» является очень важным мобилизационным моментом как для пациента, так и для его близких. Начинают говорить друг другу вещи, которые не могли сказать до того и которые  не будут сказаны после из-за боязни, что тебя не услышат. В этом плане нельзя смешивать срочность и торопливость, так как это было бы способом не касаться кризиса и его различных составляющих.

Однако если речь идет о моменте «откровения», который надо уловить, то в качестве последствия этого откровения наблюдается эффект стирания некоторых симптомов, в частности депрессивных или психотических симптомов.

К легкому облегчающему действию, положительному самому по себе, добавляется временное стирание (отрицательное) клинических признаков. Эта двойная составляющая оправдывает необходимость особого внимания к этой первой оценке состояния пациента.

Выходом из этой ситуации является использование в работе с данным контингентом подростков многопрофильной бригады, включающей в себя клинического психолога, врача-психиатра, психотерапевта и социального работника. На раннем этапе постсуицидального периода происходит взаимодействие клинического психолога непосредственно с суицидентом и его родителями. Происходит дифференциальная диагностика причин суицида, определение дальнейшей тактики работы многопрофильной бригады. Если первичное психологическое обследование выявило, что причиной суицида явилась непатологическая ситуационная реакция, обусловленная неблагоприятными внутрисемейными отношениями или межперсональнымиконфликтами, то работа строится следующим образом: психологом назначаются сессия индивидуальной психокоррекции или, при необходимости, занятия у психотерапевта, в то время как социальный работник консультирует семью суицидента. Если при первичном психологическом обследовании обнаружены патопсихологические реакции, задача психолога – убедить подростка, совершившего суицид, и его родителей в целесообразности обращения к психиатру для диагностики расстройства и последующего лечения в условиях специализированного стационара или амбулаторно. На постгоспитальном этапе реабилитацией суицидента занимается психотерапевт, а социальный работник консультирует семью [6].

Подростки, в особенности при наличии расстройств личности, как правило, негативно относятся к лечению. После совершения суицидальной попытки они в подавляющем большинстве случаев остаются неспособными к разрешению своих проблем. Поэтому им крайне важна помощь специалистов и, прежде всего, неотложная терапия с последующей долговременной психотерапевтической коррекцией (особенно семейной), а также (в ряде случаев) назначением психотропных средств [16]. Назначение конкретного лекарственного препарата зависит от анализа суицидальной попытки и наличия актуальной психопатологии.

Литература

1.         Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М., 1978.

2.         Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологическойдезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978; с. 6–28.

3.         Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи.   
В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. М.: Смысл, 2005; с. 192–208.

4.         Борисов С.Б. Символы смерти в русской ментальности. Журн. социолог. исследования. 1995; 2: 58–63.

5.         Ведяшкин В.Н. Аддитивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей. Актуальные вопросы психиатр. и наркологии. 2011; 15: 210–2.

6.         Власовских Р.В., Хальфин Р.А. Опыт применения многопрофильного подхода при работе с подростками, совершившими суицидальные действия. Журн. мед. критических состояний. 2005; 5: 26–9.

7.         Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. М., 2001.

8.         Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита: Иван Федоров, 2008.

9.         Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001; с. 270–352.

10.     Данилова Л.Ю. Суицидальное поведение при эндогенных депрессиях подросткового возраста. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тезисы доклада 3-го Съезда невропатологов и психиатров. Таллин, 1989; 2: 58–60.

11.     Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков.   
В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978; 82: 93–104.

12.     Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск: АСТ, 2000.

13.     Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.

14.     Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977.

15.     Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. трудов. Л., 1991; с. 36–40.

16.     Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: ВМедА, 2007.

17.     Помро К., Делорм М., Дрюо Ж.-М., Тедо Ф.П. Суицидальное поведение в юношеском возрасте. Соц. и клин. психиатрия. 1997; 3: 63–8.

18.     Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддитивное суицидальное поведение подростков. Обозр. психиатрии и мед. психологии. 2005; 1: 24–6.

19.     Психиатрия детского и подросткового возраста. Под ред. К.Гилберга, Л.Хеллгрена. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

20.     Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005.

21.     Фиккер Ф. Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1978; 12: 1850–1.

22.     Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.

Возрастные особенности суицидального поведения

Возраст существенно влияет на особенности суицидального п ведения. Например, кризисные периоды жизни, такие, какюност или начало старости, характеризуются повышением суицида\*. ной готовности.

Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, т. е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечает что суицидальное поведение у детей до 13 лет - редкое явление и только с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам [4, 5, 15].

По данным исследования А. Г. Амбрумовой 770-ти детей и подростков с суицидальным поведением, самыми молодыми были дети 7 лет. Большинство составили девочки (80,8 %). Наиболее частыми способами у девочек были отравления, у мальчиков - порезы вен и повешение [12, с. 131].

Большинство авторов считают, что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 - 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины "суицид" и "суицидальное поведение" в строгом смысле для раннего возраста малоприемлемы.

Мотивы, которыми дети объясняют свое поведение, кажутся несерьезными и мимолетными. Для детей в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами.

Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страхи, неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации. Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем в подростковом возрасте. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь многие из них достигают своей цели. Частота законченных суицидов подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий [4]. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе - шантажа. А. Е.Личко отмечает, что лишь у 10 % подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % - это крик о помощи [13, с. 73]. Б. Н. Алмазов, обследовав группу подростков 14-18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установил, что только 4 % из них в момент самопореза имели мысли суицидального содержания. Большинство же эксцессов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд "братания" [13, с. 132]. А.Е.Личко, А.А.Александров, проведя обследование группы подростков в возрасте 14-18 лет, пришли к выводу, что у 49 % суицидальные действия были совершены на фоне острой аффективной реакции [13, с. 133]. В группе подростков также несколько возрастает роль психических расстройств, например депрессии. К "детским" признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л.Я.Жезловой [11], в предпубертатном возрасте преобладают "семейные" проблемы, а в пубертатном - "сексуальные" и "любовные".

Другим чрезвычайно важным фактором, к сожалению относительно мало изученным, выступает влияние подростковой субкультуры. Так, в ответ на сообщения в СМИ в 1999 г. о самоубийстве Игоря Сорина, лидера молодежной поп-группы "Иванушки интернешнл", несколько девочек-подростков последовали примеру своего кумира.

После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы.

Исследования показали, что наибольшее число завершенных самоубийств совершается в период от 40 до 65 лет. Уровень самоубийств выше среди мужчин. Типичными стрессорами зрелого возраста являются ситуация развода, потеря близкого человека, увольнение с работы, финансовый кризис, смерть в семье.

Пожилой возраст сталкивается с такими серьезными социально-психологическими проблемами, как одиночество, окончание профессиональной деятельности, утрата возможностей, отделение от семьи и друзей и т.д. Депрессия у пожилых людей характеризуется чувством усталости, фатальностью и безнадежностью. Безнадежность проявляется в стойком желании умереть. В силу ряда причин пожилой возраст является одним из наиболее подверженных суицидальному поведению.