

## **Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения, выявлению ранних суицидальных признаков у несовершеннолетних**

Проблема современной диагностики, психологической помощи и профилактики суицидального поведения детей и подростков является чрезвычайно актуальной и объединяет специалистов разных областей: медиков, психологов, социальных работников, социологов, педагогов. Исследуются причины самоубийств, их статистика, влияние самых различных социальных, демографических, экономических, политических и других факторов. В настоящее время на основе научных работ и обобщений практики развивается такая молодая наука как суицидология. Ежегодно выпускаются специальные суицидологические журналы, проходят международные симпозиумы, создана международная ассоциация по предупреждению самоубийств. Среди современных исследователей проблемы суицида можно выделить таких ученых как: Амбрумова А.Г., Вахнин А., Конончук Н.В., Невзоров И.А. и др. Они выдвигают концепцию о том, что суицид - это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятия для данного явления - социально - психологическая адаптация и дезадаптация.

Под адаптацией вообще понимается приспособление - соответствие между живой системой и внешними условиями, причем адаптация - это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия организма и среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин адаптация и дезадаптация; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности.

На уровне личности акцент в процессе адаптации (лимитирующей и трансформирующей) переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой - сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычной и экстремальных ситуациях..

В условиях экстремальной ситуации разные личности неодинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из них за счет пластичности и резервов сохраняют прежний общий уровень адаптации. Другая часть характеризуется

временным снижением этого уровня, но без слома основных направлений адаптации. В этом случае дезадаптация носит лишь количественный характер, она лимитирована и не выходит за пределы качественной определенности адаптационного процесса, т.е. дезадаптация не привела к болезни, не породила патологических форм адаптации.

В тех случаях, когда экстремальные нагрузки падают на почву, измененную конституционально (как это имеет место при психопатиях и некоторых неврозах). Тогда вероятность полома значительно возрастает. В таких случаях социально-психологическая дезадаптация влечет за собой качественную трансформацию приспособительного процесса, появление патологических форм адаптации. Этот вариант характерен для пограничных расстройств, при которых наиболее подвержены срыву ценностно-ориентационная и коммуникативная деятельность при общем снижении интенсивности и пластичности процесса приспособления. Психические же расстройства представляют собой глобальную дезадаптацию с переходом на качественно новый уровень патологического реагирования.

Рассматривая социально-психологическую дезадаптацию в динамике, ведущей к суициду, выделяются две фазы: predisposиционная и суицидальная.

Предиспозиционная фаза дезадаптации не служит прямой детерминантой суицидального поведения. Решающее значение для перехода ее в суицидальную имеет конфликт. Конфликт, переживаемый личностью, образуется из двух или нескольких разнонаправленных тенденций, одну из которых составляет основная, актуальная в данный момент потребность человека, а другую - тенденция, препятствующая ее удовлетворению. Конфликт при этом может быть внешним и внутренним.

Напряженность и сила конфликта зависят от силовых соотношений образующих его тенденций: чем больше выражено различие сил, тем проще конфликт разрешается; самым же трудным, приобретающим черты экстремальности, считается конфликт равносильных тенденций.

Разрешение конфликта зависит от значимости сферы, в которой он происходит, и от системы резервных адаптационных механизмов. В случае их слабости, т.е. в условиях predisposиционной дезадаптации, и невозможности реальным способом изменить конфликтную ситуацию, единственной реакцией, подменяющей собой все другие типы, оказывается суицид как способ самоустранения от всякой деятельности.

Таким образом, из всего сказанного можно сделать вывод о том, что суицид есть «следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта».

### **Формы суицидального поведения**

**Суицидальное поведение** – это «любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни». Классификация суицидальных проявлений была разработана в суицидологическом Центре Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. В качестве отправной точки суицидального поведения является намерение лишить себя жизни.

Внутреннее суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения.

*Первая ступень* - пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т.п.).

*Вторая* - суицидальные замыслы. Это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.

*Третья* - суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации традиционно называется пресуицидальным (пресуицидом).

Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. Однако эта последовательность обнаруживается далеко не всегда. При острых пресуицидах можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя истинные, демонстративные и скрытые.

Истинный суицид выражается желанием умереть, не может быть спонтанным. Такому виду поведения предшествует угнетенное настроение, депрессивные состояния, отсутствие целей, потеря смысла жизни. Еще одним сигналом для близких и значимых людей могут быть размышления и переживания по поводу смысла жизни.

Демонстративный суицид является сигналом о помощи. В некоторых случаях может быть формой проявления шантажа. Смертельный исход при такой форме поведения станет роковой случайностью.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) – вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам, но имеющий ту же направленность и результат. Это «игра со смертью»: рискованная езда на автомобиле, прогулка по льду во время ледохода, занятия экстремальным видом спорта с высокой долей риска, опасный бизнес, стремление попасть в зону «риска» (точки конфликта), употребление ПАВ, самоизоляция.

В соответствии со всем вышеизложенным, суицид можно рассматривать как действие, подчиненное конкретной цели покончить с собой, но включенное в более широкую систему предметной деятельности с соответствующим ей мотивом.

Проблема предупреждения трагических случаев среди подростков должна решиться путем построения системы, объединяющей меры социального, психологического, медицинского, правового и педагогического характера.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНОГО ПСИХОЛОГА)**

В работе с подростком-суицидентом необходимо привлекать специалистов служб психологической помощи и экстренного реагирования.

При разработке программы психологической помощи ребенку необходимо помнить о трех шагах:

1. Своевременная диагностика (см. Приложение 1)
2. Профессиональное лечебное сопровождение суицидента.
3. Активная эмоциональная поддержка.

Психологический смысл детского и подросткового суицидального поведения – это крик о помощи, стремление привлечь внимание ребенка к глубоким страданиям, переживаниям. Это сигнал о накопившихся неразрешенных проблемах, конфликтах, одиночестве, угрозах, желании освободиться от тяжести переживаний, «забыться», уснуть, наказать обидчиков.

Школьному психологу следует особо обратить внимание на психологические особенности детского и подросткового возраста, внимательно изучить социально-психологический климат семьи, класса, детской референтной группы; определить факторы неблагополучия.

**Детский возраст.** Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. Например, кризисные периоды жизни, такие, как юность или начало старости, характеризуются повышением суицидальной готовности. Чем меньше возраст ребёнка, тем выше суицидальная опасность. Психологические переживания часто переоцениваются детьми и подростками, и недооцениваются взрослыми.

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.

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 малопримлемы.

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, страх неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость; беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации. Самым главным симптомом является потеря возможности получать удовольствие и испытывать наслаждение от тех вещей в жизни, которые раньше приносили счастье. Поступки и настроение как бы теряют вкус и эмоциональную окраску. Психика лишается сильных чувств. Человеком овладевает безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Заметно ослабевает двигательная активность или, наоборот, возникают приступы громкой, быстрой, порой беспрестанной речи, наполненные жалобами, обвинениями или просьбами о помощи. Часто бывают нарушения сна или волнообразная усталость. Соматические признаки тревоги проявляются дрожанием, сухостью губ и учащенным дыханием. Появляются ничем не обусловленные соматические нарушения в виде болей в голове, боку или животе. Больные постоянно ощущают свою нежеланность, греховность и бесполезность, в силу чего приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла.

По мнению А.Н. Волковой, самоубийства подростков имеют обыкновенно следующие характерные черты:

- Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (семья, школа, другие референтные группы).
- Конфликты воспринимаются как крайне значимые и травматичные, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.
- Суицидальный поступок воспринимается в романтически- героическом ореоле: как смелый вызов, мужественное решение и т.д.
- Суицидальное поведение демонстративно.
- Суицидальное решение появляется в порыве, состоянии аффекта; в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета.
- Средства самоубийства выбраны неумело.

Для подростков с высоким уровнем суицидального риска характерно отягощенное социальное окружение: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого.

Семья — один из важнейших факторов, влияющих на формирование суицидальной склонности у подростков. Е. М. Вроно пишет: «Поводом к покушению на самоубийство служат неурядицы в различных сферах жизни подростка. Истинной же причиной, которая

выявляется при более вдумчивом, детальном знакомстве с ситуацией, как правило, оказываются нарушенные взаимоотношения в семье».

А. Г. Амбрумова выделяет следующие особенности семьи и отношений в ней, предрасполагающие подростков к суициду: отсутствие отца или матери, недостаточность материнской привязанности к ребенку, отсутствие родительского авторитета, матриархальный стиль отношений в семье, гиперавторитарность слабого взрослого, который стремится утвердить себя в семье с помощью эмоциональных взрывов и телесных наказаний ребенка. Суицидогенный характер имеют и длительные болезни и смерти родственников, а также наличие в семье алкоголиков, психически больных и лиц с асоциальными формами поведения.

Анализ причин подросткового суицида позволил сгруппировать их вокруг трех основных факторов:

1. Взаимоотношения с родителями. Дети, предпринимающие попытки самоубийства, часто отличаются сниженной самооценкой, испытывают чувства малоценности и ненужности. В этих случаях они чувствуют себя биологическими чужаками, понимают, что шагают не в ногу с родителями и не подходят в качестве приемных членов семейного круга. Кроме того, у них часто безо всякой причины может появиться чувство своей нежеланности, они уверены в том, что родители не хотят их появления на свет. Это называется феноменом «отвергнутого ребенка». Существует также тесная связь между саморазрушающим поведением подростков и жестокостью, насилием, отвержением или заброшенностью в семьях.

2. Проблемы в школе. Они связаны с личностью учителя, социометрическим статусом подростка в классе и личностным отношением к успеваемости, жизненным перспективам.

3. Проблемы, связанные с нарушением Я-концепции.

Значительным событием, которое может предшествовать суицидам подростков, является переживание утраты взаимоотношений из-за несчастной любви, переезда в другое место. Для этих ситуаций характерно внезапное крушение важных психологических опор и потеря привязанностей.

Если ребенок всерьез задумал совершить самоубийство, об этом обычно нетрудно догадаться по ряду характерных признаков, которые можно разделить на 3 группы:

**словесные, поведенческие и ситуационные.**

1. **Словесные признаки.** Подросток прямо и явно говорит о смерти: "Я собираюсь покончить с собой"; "Я не могу так дальше жить"; косвенно намекает о своем намерении: "Я больше не буду ни для кого обузой"; "Тебе больше не придется обо мне волноваться"; много шутит на тему самоубийства; проявляет нездоровую заинтересованность вопросами смерти.

**2. Поведенческие признаки.** Подросток может: раздавать вещи, имеющие для него большую личную значимость, другим людям; приводить в порядок дела; мириться с давними врагами; демонстрировать радикальные перемены в поведении, такие как: в еде - есть слишком мало или слишком много; во сне - спать слишком мало или слишком много; во внешнем виде - стать неряшливым; в школьных привычках - пропускать занятия, не выполнять домашние задания, избегать общения с одноклассниками; проявлять раздражительность, угрюмость; находиться в подавленном настроении; замкнуться от семьи и друзей; быть чрезмерно деятельным или, наоборот, безразличным к окружающему миру; ощущать то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния; проявлять признаки беспомощности, в поступках ощущается безнадежность.

**3. Ситуационные признаки.** Подросток может решиться на самоубийство, если он: не имеет друзей или имеет только одного друга, чувствует себя отверженным; живет в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье - в отношениях с родителями или родителей друг с другом; алкоголизм - личная или семейная проблема); ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального; предпринимал раньше попытки суицида; имеет склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершалось кем-то из друзей, знакомых или членов семьи; перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей); слишком критически настроен по отношению к себе.

При разработке мер профилактики суицидов у детей и подростков нужно иметь в виду то, что граница между истинным и демонстративным суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте условна, поэтому необходимо все суицидальные мысли, тенденции, попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью.

### **КАК СОСТАВИТЬ БЕСЕДУ С СУИЦИДЕНТОМ**

1. Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, повод для встречи).
2. При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не продолжался).
3. Желательно спланировать встречу не в рабочее время, когда каждый занят своими делами.



4. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас ничего нет.
5. Внимательно выслушайте подростка, решившегося на самоубийство. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.
6. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он уже имеет конкретный план самоубийства - ему срочно нужна помощь.
7. Оцените глубину эмоционального кризиса. Замечайте детали. Например, если человек, находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает проявлять бурную деятельность, - это может служить основанием для тревоги.
8. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Подросток может не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии.
9. Не бойтесь прямо спросить ребенка, не думает ли он (или она) о самоубийстве. Часто подросток бывает рад возможности открыто рассказать о своих проблемах.

## **ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ**

**Начальный этап** - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства». Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающей доверия.

**Второй этап** - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы «преодоление исключительности ситуации»; «поддержка успехами» и др.

**Третий этап** - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются: «планирование», т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков; «держание паузы» - целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

**Завершающий этап** - окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка суицидента. Целесообразно использовать следующие приемы: «логическая аргументация», «рациональное внушение уверенности».

Если в ходе беседы подросток активно высказывал суицидальные мысли; то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем:

- что тяжелое эмоциональное состояние – явление временное;
- что его жизнь нужна его родным, близким, друзьям и уход из жизни станет для них тяжелым ударом;
- что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ (ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ УЧИТЕЛЯ, КЛАССНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ)

### Что делать?

Основой любой профилактики является, несомненно - диагностика проблемы. Нагружать неискушенного педагога работой с суицидентами опасно. Сопровождение и реабилитацию данной группы детей и подростков необходимо осуществлять специалистами (психологи, психотерапевты, психиатры). Роль педагога заключается в своевременном выявлении таких детей и подростков, анамнестических сведений. Схема работы по выявлению обучающихся группы «риска» может выглядеть следующим образом:



Следует особо обратить внимание на подростков, которые:

- не умеют правильно формулировать свои мысли, переживания, не могут объяснить то, что они чувствуют;
- не имеющие душевного равновесия;
- ярко выражают максимализм, выражают резкие суждения, оценки по отношению к себе и окружающим;
- не могут анализировать свои поступки и прогнозировать их последствия.

### **ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**

1. Ни в коем случае не оставлять нерешенными проблемы, касающиеся сохранения физического и психического здоровья ребенка.

2. Анализируйте вместе с сыном или дочерью каждую трудную ситуацию.

3. Учите ребенка с раннего детства принимать ответственность за свои поступки и решения, предвидеть их последствия. Сформируйте у детей потребность задавать вопрос: "Что будет, если...";

4. Воспитывайте в ребенке привычку рассказывать родителям не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах.

5. Своевременно отвечайте на вопросы по различным проблемам физиологии.

6. Исключите иронию в адрес ребенка, если в какой-то ситуации он оказался слабым физически и морально, помогите ему и укажите возможные пути решения возникшей проблемы.

7. Обсудите с ребенком работу служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; помогите с поиском соответствующих номеров телефонов.

8. Запишите номера телефонов всех людей, которым доверяет ребенок.

## ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

### Ребенок не хочет жить. Почему?

1) В первую очередь, это нехватка внимания. Он вовсе не желает умирать и никогда не собирался закончить жизнь самоубийством. Ему всего лишь хочется с кем-то обсудить свои проблемы, рассказать все, что накопилось. Но возможно, в его окружении нет людей, с которыми можно было бы поделиться мыслями. Или же они есть, но понимают его совсем иначе, нежели ему хотелось бы. Очень часто в подростковом возрасте детям начинает казаться, что они особенные, не такие, как все остальные, и весь окружающий мир враждебен, чужд и настроен против них. Поэтому желание покончить с собой обозначает обиду на весь белый свет. Подросток думает, что его не принимают здесь, на земле, поэтому желает уйти отсюда. Но внутренний страх и неуверенность в правоте своих суждений не позволяет ему сделать это страшное деяние. Высказанные вслух фразы о том, что он хочет смерти - это некий крик души, призыв о помощи. Подросток хочет, чтобы его, во что бы то ни стало, убедили в обратном, утешили, успокоили.

Очень часто в подростковом возрасте детям начинает казаться, что они особенные, не такие, как все остальные, и весь окружающий мир враждебен, чужд и настроен против них. Поэтому желание покончить с собой обозначает обиду на весь белый свет. Подросток думает, что его не принимают здесь, на земле, поэтому желает уйти отсюда. Но внутренний страх и неуверенность в правоте своих суждений не позволяет ему сделать это страшное деяние. Высказанные вслух фразы о том, что он хочет смерти - это некий крик души, призыв о помощи. Подросток хочет, чтобы его, во что бы то ни стало, убедили в обратном, утешили, успокоили.

2) Иногда разговоры о самоубийстве - это последнее предупреждение. К сожалению, нередки случаи, когда после подобных речей подросток действительно совершал этот поступок. А родители не воспринимали его слова всерьез, поэтому не обращали на это внимание. Запомните! Если ваш ребенок вдруг заговорил о том, что хочет умереть, ни в коем случае не игнорируйте это. Попробуйте разобраться, в чем дело, узнайте причины, побудившие его сказать такое. Он безумно желает сейчас с кем-то поговорить, и вы не должны ему в этом отказывать.

У тех, кто все-таки решился на самоубийство, были на то свои причины. И очень часто они настолько мелочны и несущественны, что взрослые просто поверить не могут, что из-за такого вообще можно сводить счеты с жизнью.

3) Проблемы с учебой. Часто напуганный строгими родителями ребенок бывает просто не в состоянии пережить какие-то неуспехи в школе. Также полученная плохая отметка может обсуждаться классным руководителем на уроке, что очень сильно унижает достоинство ученика. Учителя любят стыдить детей перед всем классом, считая, что такой метод очень продуктивен, но иногда он может оказать противоположное действие.

4) Неразделенная любовь. Подростки склонны к максимализму, поэтому любую, даже самую мелкую неудачу они воспринимают как масштабную трагедию. Неразделенная любовь, которая не так редко случается в этом возрасте, становится настоящим ударом, которые не все в состоянии пережить спокойно.

5) Отсутствие смысла жизни. В подростковом возрасте происходит переосмысление всего, с чем ранее сталкивался подросток или же продолжает сталкиваться. Иногда вспоминая всю свою предыдущую жизнь (хотя взрослые могут посмеяться над таким утверждением, ведь им кажется, что настоящая жизнь у ребенка еще даже и не начиналась), подростку кажется, что в ней отсутствует какой-либо смысл. Именно поэтому, копаясь в себе, он может так и не найти той соломинки, за которую можно было бы зацепиться. Решив, что так будет всегда и жить ему не стоит, он решается на такой шаг.

б) Проблемы в семье. Быть может, вы и не замечаете, как нервная обстановка дома отражается на вашем ребенке. Постоянные ссоры, крики, которые он слышит изо дня в день, могут довести его до отчаяния. Бывает и такое, что подросток, жалея одного из родителей, чаще всего, мать, не может больше наблюдать подобную картину и решает уйти из жизни. Иногда неблагополучие в семье отражается на нем самом. Например, родители не уважают ребенка, а иногда могут даже позволить себе заняться рукоприкладством. Единственным выходом из этой ситуации ребенку кажется самоубийство.

Источник:

[https://meduniver.com/Medical/Psixology/kak\\_izbavit\\_podrostka\\_ot\\_suizidalnix\\_mislei.html](https://meduniver.com/Medical/Psixology/kak_izbavit_podrostka_ot_suizidalnix_mislei.html)

MedUniver

## **ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА ( ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ )**

Если хотя бы один из нижеперечисленных факторов присутствует в жизни вашего ребенка, немедленно измените свое поведение. Все внимание и все время уделяйте

ребенку, оказывайте всяческую поддержку и понимание. Однако лучшим решением будет обращение к специалистам.

1. Разговоры ребенка о самоубийстве, нездоровые фантазии на эту тему, акцентирование внимания на эпизодах суицидов в фильмах, новостях.

2. Появление у ребенка литературы о суицидах, просмотр соответствующей информации в интернете.

3. Попытки ребенка уединиться. Стремление к одиночеству, отказ от общения не всегда свидетельствует о предрасположенности к самоубийству, но всегда говорит о моральном дискомфорте ребенка.

4. Разговоры и размышления ребенка о том, что он абсолютно никому не нужен, что в том случае, если он исчезнет, его никто не будет искать, и даже не заметит его отсутствия. Ни в коем случае не оставляйте такие заявления без внимания и не подшучивайте над ними. Постарайтесь выяснить причину подобного настроения и убедить ребенка в обратном.

5. Даже музыка или живопись могут послужить симптомами для родителей о том, что что-то не так. Обращайте внимание на то, какую музыку слушает ваш ребенок.

6. Тщательно маскируемые попытки ребенка попрощаться с вами – непривычные разговоры о любви к вам, попытки закончить все свои дела как можно быстрее.

7. Дарение своих любимых и наиболее ценных вещей, с которыми он раньше не расставался, друзьям.

### **ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ СИСТЕМНОГО И ПЛАНОМЕРНОГО ПОДСТРЕКАТЕЛЬСТВА ПОДРОСТКОВ В СЕТИ «ГРУППЫ СМЕРТИ»**

На фоне привлекательности цифровых технологий за счет многочисленных возможностей пока еще единичными кажутся трагедии, ставшие сигналами надвигающейся опасности.

Нельзя недооценивать важнейшую современную проблему – информационную безопасность пользователя ИТ.

Общество не готово и еще только приходит к осознанию необходимости ориентироваться в безграничном и, подчас, неуправляемом информационном пространстве, не выработало защитных механизмов от навязывания недостоверной информации.

Еще предстоит и взрослым, и детям научиться (получить знания и выработать навыки) безопасно пользоваться информационными ресурсами. Знание – как понимание, что «здесь может быть опасно» и навык ухода с площадки и исключение дальнейших контактов.

В чем опасность и трудности выявления преступных сайтов, организующих «группы смерти»?

Подстрекание к суициду подростков в интернете - это не стихийное движение, которое может пойти на спад со временем. Здесь работают профессионалы – профессионально сделанные закрытые для общего доступа сайты и профессиональные психологи, манипулирующие сознанием.

Алгоритм их деятельности:

- Поэтапная проверка на готовность (интерес к теме). Отбор только тех, кто определенным образом «среагировал» на зацепку.
- Укрепление и развитие установки на смерть. Приучение к исполнительской дисциплине. Поощрение послушности. Предоставление за лояльность интригующих материалов.
- Привлечение молодых людей за счет сочетания исключительности (от общества) и приобщения к избранному тайному сообществу.
- Раздувания ценности «осознанного ухода» выше ценности самой жизни.
- Системность и дозированность воздействия.

Так как подростки ищут разные формы самовыражения, самоидентификации, осознания и появления своего личного «я», то социальные сети для них - портал для самопредъявления и самореализации. Благодаря анонимности они могут проявлять «ненаказуемое» творчество, надевая разные личины. И эта игра, эта легкость скрывает опасность вовлечения в криминальное общение даже благополучных детей.

А тем более, детей, которым не хватает равного общения с родителями и друзьями, у которых обостренное чувство одиночества и не сформирован правильно досуг, социальные сети затягивают в ущерб учебе и живому общению. В результате формируется созависимое поведение.

Именно такое поведение и должно привлечь внимание родных и близких.

Если время, проводимое с компьютером, становится все более длительным и ценным, игнорируются другие занятия и обязанности, то такое поведение уже должно служить поводом для обращения к специалисту-психологу!

Будьте внимательны к занятиям ребенка. Узнавайте, что он смотрит, слушает, как это оценивает!

## **СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЭКСТРЕННОГО РЕАГИРОВАНИЯ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ**

**8 800 2000 122** - Детский телефон доверия (круглосуточно)

Услуга бесплатная и анонимная. Звонить могут не только дети, но и взрослые — родители, педагоги — с вопросами, касающимися воспитания

**8 800 250 00 15** – линия помощи «Дети онлайн» (оказание психологической и практической помощи детям и подросткам, которые столкнулись с опасностью или негативной ситуацией во время пользования Интернетом или мобильной связью), звонки бесплатные

**8 (423) 290-20-11** – краевая круглосуточная служба экстренной психологической помощи

**ГБУЗ Краевая детская психиатрическая больница**

8 (423) 220-27-76, ул. Жигура 50а

Помощь и поддержка в кризисных ситуациях (насилие, попытка суицида у детей и подростков, кризисные ситуации в школах, периоды развода, острое переживание горя)

**8 (423) 249-72-68** - телефон доверия Семейного центра «Парус надежды», отделение помощи семье и детям «Семь-Я» (г. Владивосток, ул. Сипягина, 15)

Помощь и поддержка в кризисных ситуациях (насилие, попытка суицида у детей и подростков, кризисные ситуации в школах, периоды развода, острое переживание горя)

**КГУЗ Краевой психоневрологический дом ребенка**

8 (423) 260-16-06, 8 (423) 260-26-76, ул. Окатова, 46



Специализированная психоневрологическая медицинская помощь, реабилитация и охрана здоровья детей-сирот, оставшихся без попечения родителей, детей находящихся в трудной жизненной ситуации от рождения и до четырех лет

**МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи г. Владивостока»**

8 (423) 244-64-34, 8 (423) 244-62-27,8 (423) 244-64-44

Психологическое консультирование: 8 (423) 264-85-46, 8 (423) 244-27-88,  
с понедельника по пятницу, с 09.00 до 18.00

Океанский пр-т, 41, ул. Толстого, 54, тел

- профилактика и коррекция дезадаптивных состояний;
- психолого-педагогическая помощь детям и подросткам, имеющим ограниченные возможности здоровья и эмоциональные нарушения;

**КГБУСО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Парус надежды»**

8 (423) 238-79-91, 8 (423) 238-80-35, ул. Маковского, 123

Оказание комплексной (социальной, психологической, педагогической) помощи детям и семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, социально-опасном положении

**Городской центр психотерапии и медико-социальной помощи**

8 (423) 240-15-62, Уборевича, 22

Психологическое консультирование детей, психотерапевтическая помощь.

## Исследование психологического состояния суицидента

<b>1. Внешний вид и поведение</b>	<b>Наличие признака или симптома (+)</b>
Тоскливое выражение лица (скорбная мимика)	
Гипомимия	
Амимия	
Тихий монотонный голос	
Замедленная речь	
Краткость ответов	
Отсутствие ответов	
Ускоренная экспрессивная речь	
Патетические интонации	
Причитания	
Склонность к нытью	
Общая двигательная заторможенность, бездеятельность, двигательное возбуждение	
<b>2. Экспрессивно-патетические формы поведения</b>	
Заламывания рук, стоны, стенания, громкие вздохи, рыдания	
Стремление к самоповреждению	
Неряшливость в одежде	
Запущенный вид	
<b>3. Нарушения познавательных процессов</b>	
<b>Ощущения, восприятия и представления</b>	
Гиперстезия. Гипостезия (снижение болевой и температурной чувствительности) Яркость восприятия. Потеря яркости восприятия Чувство нереальности восприятия Яркость зрительных представлений Ускоренное течение времени. Замедленное представление о времени Потеря представлений о времени Отсутствие зрительных представлений.	
<b>Память</b>	
Трудность запоминания текущих событий Преобладания воспоминаний прошлого Затруднение в воспроизведении прошлых событий Избирательная направленность неприятных событий прошлого Навязчивые воспоминания.	
<b>Мышление</b>	
Заторможенность мышления. Ускорение мышления. Преобладание мрачного содержания мыслей. Навязчивые мысли о смерти. Навязчивые мысли ипохондрического содержания. Дистморфобии типа навязчивостей. Другие навязчивости в области мышления, эмоционально значимые, тоже эмоционально нейтральные. Сверхценные идеи ипохондрического содержания. Дистморфобии типа сверхценных идей.	

<b><i>Внимание</i></b>	
<p>Неспособность сосредоточить внимание на чем либо. Истощаемость внимания. Отвлекаемость. Прикованность внимания к чему либо</p> <p>Нарушения деятельности.</p> <p>Снижение активности. Снижение интересов, желаний. Потеря инициативы. Трудности в выборе решений. Чувство неуверенности в правильности своих действий. Трудности выполнения обыденных дел. Ощущение навыков в обыденной жизни. Ощущение утраты профессиональных навыков. Чувство беспомощности. Снижение работоспособности.</p>	
<b><i>4. Эмоциональные нарушения</i></b>	
<p>Скук. Грусть. Уныние. Угнетенность. Мрачная утрюмость. Злобность. Раздражительность. Ворчливость. Брюзжание.</p> <p>Неприязненное, враждебное отношение к окружающим. Чувство ненависти к благополучию окружающих. Чувство физического недовольства. Безразличное отношение к себе, окружающим. Тревога беспредметная (немотивированная) Тревога предметная (мотивированная). Ожидание непоправимой беды. Страх немотивированный. Страх мотивированный. Тоска как постоянный фон настроения. Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности. Углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг.</p>	
<b><i>5. Оценка собственной жизни</i></b>	
<p>Пессимистическая оценка своего прошлого. Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого. Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния. Отсутствие перспектив в будущем.</p>	
<b><i>6. Взаимодействие с окружающим</i></b>	
<p>Нелюдимость, избегание контактов с окружающими</p> <p>Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью. Склонность к нытью. Капризность.</p> <p>Эгоцентрическая направленность на свои страдания.</p>	
<b><i>7. Вегетативные нарушения</i></b>	
<p>Слезливость Расширение зрачков.</p> <p>Сухость во рту (симптомы сухого языка). Тахикардия.</p> <p>Повышенное АД. Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха. Ощущение комка в гортле Головные боли. Бессонница.</p> <p>Повышенная сонливость. Нарушение ритма сна Отсутствие чувства сна. Чувство физической тяжести, душевной боли в груди. То же в других частях тела (голове, эпигастрии, животе) Запоры. Снижение веса тела. Повышение веса тела. Снижение аппетита. Нарушение менструального цикла (задержка).</p>	
<b><i>8. Динамика состояния в течение суток</i></b>	