

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования города Москвы
«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



**ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ
РОДИТЕЛЯМ
О ПОДРОСТКОВЫХ
СУИЦИДАХ**

МОСКВА 2016

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования города Москвы
«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Что нужно знать родителям о подростковых суицидах?

Москва – 2016

УДК 159.9
ББК 88
Ч-80

Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под ред. Вихристюк О.В. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – 77 с.

Рецензент:

Любов Е.Б., доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России.

Авторский коллектив:

Банников Г.С., Бовина И.Б., Гаязова Л.А., Миллер Л.В.

Оформление обложки: **Лескина Е.А.**

В книге в доступной не специалисту форме представлены научно-практические наработки, связанные с особенностями суицидального поведения современных подростков и молодежи; описаны факторы, симптомы суицидального поведения подростков. Книга содержит рекомендации родителям, на что в поведении ребенка стоит особо обращать внимание, как подготовиться и побеседовать с подростком на тему жизни и смерти, смысла жизни, куда, в случае необходимости, стоит обратиться за помощью специалистов.

Книга представляет интерес для родителей, специалистов, работающих в системе образования, специалистов психологических служб разных ведомств, интересующихся вопросами профилактики суицидальных рисков в среде подростков и молодежи.

Работа выполнена при финансовой поддержке
Российского гуманитарного научного фонда,
проект № 13-46-93007.

ISBN 978-5-94051-138-0

© ГБОУ ВПО МГППУ, 2016.

Содержание

Введение	4
Глава 1. Проблема самоубийства в подростково-молодежной среде	6
1.1 Суицид среди подростков и молодежи: современные тенденции	
1.2 Отношение общества к самоубийству (исторический и этнокультуральный аспекты)	10
Глава 2. Психологические механизмы формирования суицидального поведения	13
2.1 Что такое саморазрушающее суицидальное поведение	13
2.2 Какие факторы влияют на развитие саморазрушающего суицидального поведения подростков.....	21
2.3 Саморазрушающее поведение и психические нарушения у подростков.....	27
2.4 Подростки и молодежь группы риска. Симптомы суицидальных намерений	38
Глава 3. Как помочь подростку справиться с трудной жизненной ситуацией	43
3.1 Что такое трудная жизненная ситуация, ее влияние на развитие подростка	43
3.2 Как правильно построить разговор с подростком.....	57
3.3 Когда и куда надо обращаться за консультацией специалистов?....	66
Заключение	71
Список литературы	72
Приложение. Памятка родителям «Как не допустить суицид у подростка»	76

Введение

Ребенок олицетворяет начало жизни. Он находится в начале познания своего жизненного пути, своих возможностей, своей судьбы. Детская смерть – нелепое и трагичное событие. И если со смертью от естественных причин приходится как-то мириться и принимать ее, то добровольная смерть «от себя самого» всегда приходит как «гром среди ясного неба», как страшная реальность, которую разум близких отказывается принимать.

Суицид – пугающая тема, ее не принято и не очень приятно обсуждать. Поэтому столкнувшись либо с прямыми угрозами своего близкого покончить с собой, либо подозревая такое развитие событий, человек нередко оказывается в растерянности, не знает, как к этому относиться: то ли игнорировать угрозы, не обращая на них внимания, считая их пустыми разговорами, то ли бросаться спасать близкого любой ценой? Ведь зачастую от реакции близких, от их умения вовремя распознать угрозу, от их действий, их искреннего желания поддержать человека, возможно, зависит его жизнь.

Основные причины суицида несовершеннолетних: неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, безнадёжность и одиночество. Как правило, причинами суицида становятся проблемы, которые подростку зачастую кажутся абсолютно неразрешимыми. Хотя переживания, связанные с утратой, унижением, отчаянием, разочарованием, отвержением, потерей самоуважения, составляют многообразие жизни, пусть и не в самых оптимистичных ее проявлениях.

Особенно остро проблема подростковых суицидов ощущается в мегаполисах и крупных населенных пунктах. Этому способствуют, в том числе, смещение ориентиров с нравственных внутрисемейных ценностей на материальное и социальное положение в обществе, изменение приоритетов воспитания в современном образовании, бесконтрольное использование подростками Интернет-ресурсов. Мощным фактором, влияющим на подростка, является система его социальных связей, прежде всего семья. Причем отношения в семье могут служить как защитой от депрессивных состояний, так и причиной их развития. Вместе с тем, именно для подростков все большее значение приобретают отношения со сверстниками (дружеские связи, первые влюбленности).

Спецификой подросткового возраста является повышенная восприимчивость, иногда внушаемость, совпадающая с периодом вхождения во взрослую жизнь. Зачастую это способствует тому, что в кризисной ситуации подросток может выбирать добровольный уход из жизни как наиболее «легкий» способ разрешения кажущихся непреодолимыми трудностей.

Каждая смерть ребенка – это трагедия. Каждый такой случай говорит о том, что страх перед жизнью побеждает страх смерти. Изучение

проблемы суицида и анализ конкретных случаев показывают, что большинство несовершеннолетних решаются на самоубийство для того, чтобы обратить внимание окружающих их людей на свои проблемы. До самой последней минуты, решившийся на последний шаг, человек надеется, что ему помешают, что кто-то спасет его, а близкие люди испугаются за него и будут его любить.

«Если бы мы только могли предположить, что он/она замышляет!», «Если бы только знали – сделали бы все, чтобы предотвратить трагедию!» – восклицают близкие. Те, кто размышляют о самоубийстве как о реальном «выходе», «решении» проблем тем или иным образом раскрывают свои стремления. Многие трагедии можно попытаться предотвратить, для этого достаточно быть другом своего ребенка, не бояться признавать своих ошибок.

В данной книге мы рассмотрим некоторые результаты исследований в области кризисной и экстремальной психологии, суицидологии. Попробуем обсудить, разобраться в том, что это за явление – «подростковый суицид», можно ли его предотвратить и распознать признаки надвигающейся опасности, как построить откровенный разговор с ребенком. Конечно, однозначного ответа на вопросы о том, что и почему толкает подростков на страшный шаг, нет, наверное, ни у кого (даже среди специалистов нет единого мнения). Но знать об этой проблеме, знать, как помочь человеку в случае опасности, как склонить его выбор в сторону жизни, вместе с ним найти выход из ситуации, которая пока кажется неразрешимой, наверное, должен каждый взрослый человек, каждый родитель, ответственный за жизнь своего ребенка.

При создании книги были использованы результаты научно-практической работы Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета. Особую благодарность автор выражает: *Банникову Геннадию Сергеевичу, Бовиной Инне Борисовне, Гязовой Ларисе Альфисовне, Миллер Людмиле Владимировне.*

Книга подготовлена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда¹.

¹ Проект № 13–46–93007 (2013 г.)

Глава 1. Проблема самоубийства в подростково-молодежной среде

*Глаза у нас намного выше ног,
В том смысл я вижу и особый знак:
Мы так сотворены, чтоб каждый мог,
Все оглядеть, пред тем как сделать шаг.*

Расул Гамзатов

1.1 Суицид среди подростков и молодежи: современные тенденции

Более века назад немецкий психиатр А. Ваег написал: «Какое ужасающее противоречие в том, что ребенок, рожденный и предназначенный непосредственно для радостного и невинного наслаждения жизнью, сам накладывает на себя руки»².

За последние 50 лет количество самоубийств в мире выросло приблизительно на 60 %³. Особенно выросла смертность от самоубийств среди подростков и молодых людей в ряде промышленно развитых стран. Всемирная организация здравоохранения признала важность проблемы самоубийств для общественного здоровья и в 1999 г. выступила с глобальной инициативой профилактики самоубийств. Для России проблема самоубийств является особо актуальной, поскольку и по общему уровню смертности от суицидов, и особенно по показателям для подростков наша страна входит в число самых неблагополучных стран мира⁴.

По данным Всемирной психиатрической ассоциации наиболее уязвимой в отношении самоубийства возрастной группой являются старшие подростки в возрасте от 15 до 19 лет. Считается, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100–200 суицидальных попыток⁵, т.е. частота завершенных суицидов по сравнению с покушениями относительно «невелика» – 1 % попыток самоубийств подростков заканчивается смертью. Тем не менее суицидальные попытки, как правило, содержат реальную угрозу для жизни подростка⁶.

² Цит. по: *Попов Ю.В., Пичиков А.А.* Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*, № 4, 2011. – С. 4–8.

³ Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2011 г.

⁴ Там же.

⁵ Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002. – P. 360.

⁶ Там же.

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 мире⁷. По информации Следственного комитета РФ в 2010 году в России зарегистрировано 798 случаев самоубийства несовершеннолетних, в 2011 – 896, только в первом полугодии 2012 года – 532 случая⁸. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее⁹.

Официальная статистика говорит о том, что смертность подростков от самоубийств является второй важнейшей причиной подростковой травматической смертности. Наиболее опасный возраст завершенных суицидов – с 14–15 лет и выше¹⁰. Причем самоубийства подростков часто осуществляются в ночное время суток, в период уединенности, что свидетельствует об истинности суицидальных намерений¹¹.

В целом с 1991 по 2008 гг. суицидальная смертность юношей выросла на 23,2 %, девушек – на 28,1 %¹². Причем официальная статистика фиксирует явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых самоубийств в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов¹³, приводящих к недоучету потерь (стремление близких скрыть истинную причину смерти, нежелание компетентных органов детально разбираться в причине смерти, стремление чиновников разного уровня приуменьшить истинные масштабы явления).

⁷ *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. и Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. // J. Child Psychol Psychiatry. 2008 Jun; 49(6). – P. 667–677.

⁸ *Козлова Н.* Я ухожу от Вас // Российская газета, 24 октября 2012 г. [Электронный ресурс] – URL: <http://ppt.ru/news/111914> (дата обращения 25.06.2013 г.).

⁹ *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. и Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, van Heeringen K, De Leo D, Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. // J. Child Psychol Psychiatry. 2008 Jun; 49(6). – P. 667–677.

¹⁰ *Гилинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р.* Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность. Учебно-научное издание. – СПб.: Медицинская пресса, 2001 г.

¹¹ *Козлов А.Б.* Время суток как предиктор суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2006 г. – № 6. – С. 55–60.

¹² *Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н.* Смертность подростков в Российской Федерации // Доклад, выполнен в Научном Центре здоровья детей РАМН по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации, – М., 2010 г.

¹³ Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации, – М., 2011 г.

Суицидальное поведение подростков отличается от аналогичного поведения взрослых, что обусловлено физиологическими и психологическими особенностями развития взрослеющего ребенка. Статистика показывает, что у детских смертей есть и «свой» способ ухода из жизни – самый распространенный из них – повешение. Следом идут падение с высоты, отравление лекарствами, использование оружия или колюще-режущих предметов¹⁴.

Изучение проблемы суицида среди молодежи показывает, что для молодых людей характерны депрессии, высокий уровень тревожности, агрессии. По данным некоторых специалистов¹⁵, если в развитых западных странах уровень депрессии подростков не превышает 5 %, то в России – около 20 %. Мысль о самоубийстве появляется в голове у 45 % российских девушек и у 27 % юношей¹⁶.

Статистика обращений подростков и молодежи на линии Всероссийского детского телефона доверия показывает, что начиная с апреля 2012 г. по 1 июля 2013 г., на линии детских телефонов доверия по всей России поступило 6 435 обращений по проблеме суицида, в том числе: 47,4 % обращений – от детей и подростков; 14,2 % – от родителей детей и подростков (лиц, их заменяющих); 38,4 % – от иных граждан¹⁷.

Как отмечают специалисты¹⁸, в последние десятилетия произошел резкий сдвиг в скорости биологического созревания молодежи. Снижился 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.

К возрастным особенностям подросткового возраста относятся: противоречивость чувств, импульсивность; сочетание чувствительности, ранимости, романтизма и жестокости, холодности; завышенная самооценка и неуверенность в себе; отказ от общепринятых норм поведения и подчинение себя случайным «кумирам»; максимализм в оценках и неспособность к принятию аргументированных решений; упрямство и

¹⁴ Козлова Н. Я ухожу от Вас // Российская газета, 24 октября 2012 г. [Электронный ресурс] – URL: <http://ppt.ru/news/111914> (дата обращения 25.06.2013 г.).

¹⁵ Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н. Смертность подростков в Российской Федерации // Доклад, выполнен в Научном Центре здоровья детей РАМН по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2010 г.

¹⁶ Там же.

¹⁷ Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [Электронный ресурс] // <http://www.fond-detyam.ru/?node=210&lang=ru> (дата обращения: 12.08.2013).

¹⁸ Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2011 г. – № 4. – С. 4–8.

внушаемость. В этом возрасте проявляется интерес к вопросам жизни и смерти, своего места в обществе. Вместе с тем подобные размышления парадоксально сочетаются с недостаточно развитой способностью к объективной оценке конкретных поступков, к самоконтролю поведения. Особенно явно отмеченные черты выступают в сочетании с устойчивым негативным отношением к общественной морали, установкам родителей, стилю семейных отношений¹⁹.

Экономические и социокультуральные 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 самосохранения²⁰. 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 подростков²¹.

По утверждениям ученых, лишь в 10 % случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Нелучайно 80 % попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован прежде всего к своим ближним²².

Анализ распространенности суицидальных мыслей среди детей и подростков²³ показал, что девочки чаще всего высказывают суицидальные мысли и намерения в возрасте 14–16 лет (мысли – более 30 %, намерения – около 3 %). А среди мальчиков таких больше в возрасте 7–9 лет (мысли – более 35 %, намерения – около 5 %). Также много мальчиков, высказавших суицидальные намерения, среди подростков 10–13 лет (более 5 %). Таким образом, можно говорить о том, что суицидальный риск особенно велик в группе девочек старшего подросткового возраста.

¹⁹ Ушанова А.А. Личностные детерминанты агрессии подростков. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Ярославль, 2010.

²⁰ Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2011 г. – № 4. – С. 4–8.

²¹ Там же.

²² Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977 г.

²³ Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.07.2013). Всего в 2009 г. было обследовано 1527 детей и подростков из различных социальных групп (учеников общеобразовательных школ, гимназий г. Москвы и Московской области, подростков из неблагополучных семей и социальных сирот, проживающих в приютах или детских домах).

та, а также в группе мальчиков младшего школьного возраста и младшего подросткового возраста²⁴.

Как остановить эту страшную статистику и не допустить новых подобных случаев?

1.2 Отношение общества к самоубийству (исторический и этнокультуральный аспекты)

Самоубийство является оскорблением человечества.

Иммануил Кант

Краткий обзор отношения общества к проблеме самоубийства необходим, чтобы понять значение и смысл этого явления для современного человека. На протяжении истории моральная оценка самоубийства (преступление, грех, норма, героизм) в зависимости от этапа развития общества менялась.

Известно, что на этапе первобытнообщинного строя ради сохранения рода в голодные годы добровольно умерщвляли себя старики. В древности практически у всех народов существовало добровольное принесение себя в жертву богам во имя общественных интересов. Считается, что на определенных этапах древнеегипетской цивилизации отношение к самоубийству было вполне толерантным²⁵. Философы греко-римской культуры считали, что у человека есть свобода в принятии решения – продолжать жизнь или умереть. Древние иудеи относились к самоубийству отрицательно, считая, что самоубийство выглядит как помеха, разрушение возможности творческого созидания жизни. Оно категорически запрещено Торой. Это определяется уже первыми строками книги Бытия, утверждающими, что жизнь хороша, ее следует ценить, никогда не отчаиваться, ибо за всем, что бы ни происходило, стоит Бог²⁶. Для японской культуры акт самоубийства носит ритуальный характер и окружен ореолом святости. Самоубийство для воинского сословия самураев считалось необходимым, если следовало искупить вину или выразить протест против несправедливости для сохранения чести. В Индии долгое время считалось, что преданная жена обязана последовать за своим умершим мужем. Лишь когда англичане колонизировали Индию, самосожжение было официально запрещено.

Многими религиями самоубийство рассматривалось как греховное или преступное деяние и наказывалось, например, каралось лишением

²⁴ Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.07.2013).

²⁵ Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

²⁶ Там же.

погребения в соответствии с обрядами, если только оно не случилось «вне ума»²⁷. Так, ислам и иудаизм строго осуждают добровольное лишение себя жизни, считая это попыткой избежать страданий. В исламе самоубийство – тяжелейший из грехов и решительно запрещается Кораном. Причем сегодня мусульманские страны характеризуются самым низким числом самоубийств в мире. В христианстве самоубийство – самый страшный грех. Тот, кто его совершал, лишался прощения Бога и спасения души. Самоубийц хоронили за кладбищенской оградой. Сегодня большинство христианских конфессий, хотя и не отходят от твердого этического кодекса по отношению к суицидам, но на практике стремятся проявлять толерантность и учитывать глубинные психологические причины и социальные факторы самоубийств²⁸. В отличие от христианства буддизм проповедует веру в бесконечность перерождений (сансару). Самоубийство не может прервать сансару, а только привести к дальнейшему перерождению. Кроме того, все, что привязывает человека к жизни, есть причина страдания, соответственно отречение от плоти вполне укладывается в рамки религиозных норм²⁹.

Исторически Россия – страна с низким уровнем самоубийств, что было обусловлено религиозностью населения и социально-юридическим преследованием лиц, покушавшихся на свою жизнь³⁰.

В России самоубийство, приравненное православием к убийству, рассматривалось как наказуемое деяние, а умерших не по-христиански (то есть посредством самоубийства) хоронили отдельно от остальных. В соответствии с каноническим церковным правом самоубийца не удостоивался христианского погребения и литургического поминовения. В русском языке слово «самоубийство» появилось в царствование Петра Великого и связано оно с массовыми самосожжениями раскольников-старообрядцев. Это течение стало идейным знаменем борьбы против петровских реформ, в нем участвовал сын Петра Алексей. В 1716 г. впервые в истории России появились меры предупреждения самоубийства. При Петре I в Военном и Морском Артикуле появилась суровая запись, касающаяся самоубийц: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело привязать к лошади, волоча по улицам, за ноги подвесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отважились»³¹. В современной социальной концепции Русской Православной Церкви

²⁷ Суицидология: Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. – М.: «Когито-Центр», 2001 г.

²⁸ *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

²⁹ Там же.

³⁰ Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2011 г.

³¹ *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005 г.

(2000 год) отношение к самоубийству остается прежним, а эвтаназия трактуется как форма убийства или самоубийства (в зависимости от участия пациента). В концепции особо подчеркивается, что вину самоубийцы разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действительному состраданию и проявлению милосердия.

В России до революции распространенность самоубийств была самой низкой в Европе – три самоубийства на 100 тыс. жителей в год³². После Октябрьской революции самоубийства расценивались как угроза общественному оптимизму. При этом во время Великой отечественной войны по приказу Сталина И.В. в случае угрозы плена требовалось себя убить. В советскую эпоху показатели самоубийств возрастают в периоды активизации репрессий (1937, 1947 гг.), социального застоя (с середины 1960-х до середины 1980-х годов) или резких социально-экономических перемен (с конца 1980-х по начало 2000-х годов) и сокращаются в периоды «социального оптимизма» (хрущевская «оттепель», «перестройка»)³³.

Известный русский общественный деятель, философ Н.А. Бердяев в первой половине XX века писал – «самоубийство совершается в особую, исключительную минуту жизни, когда черные волны заливают душу и теряется всякий луч надежды. Психология самоубийства есть прежде всего психология безнадежности (...). Когда есть надежда, можно перенести самые страшные испытания и мучения, потеря же надежды склоняет к самоубийству»³⁴. Так что же склоняет человека к решению не в пользу жизни? Какие психологические механизмы способствуют формированию суицидального поведения?

³² *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005 г.

³³ *Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации.* – М., 2011 г.

³⁴ *Бердяев Н.А.* О самоубийстве. – М.: МГУ, 1992 г.

Глава 2. Психологические механизмы формирования суицидального поведения

Самоубийство – следствие ощущения личного краха.

Фазиль Искандер

2.1 Что такое саморазрушающее суицидальное поведение

Специалисты определяют саморазрушающее поведение как различные формы поведения человека, целью которых не является добровольная смерть, но которые ведут к социальной, психологической и физической дезадаптации, деградации личности³⁵. Результатом саморазрушающего поведения может быть как преднамеренное, так и непреднамеренное нанесение вреда своему психическому и физическому здоровью, вплоть до смерти. Разновидностями саморазрушающего поведения являются алкоголизм, наркомания, токсикомания; а также неоправданный риск; асоциальное поведение; и другие намеренные (или неосознанные) действия, ведущие к разрушению физического или психического здоровья человека. Самоубийство является крайней формой саморазрушающего поведения³⁶.

Самоубийство (суицид) трактуется специалистами как осознанное лишение себя жизни. Суицидальное поведение – это понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К суицидальным проявлениям относят мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни³⁷.

Специалистами установлено, что суицидальное поведение можно разделить на следующие этапы: просто мысли о том, чтобы покончить с жизнью; разработка плана, как совершить самоубийство; добыча средств для его осуществления; попытки самоубийства; наконец, выполнение этого акта («завершенное самоубийство»)³⁸. Суицидальное поведение – это последовательная совокупность следующих этапов:

- Под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, у потенциального суицидента возникают *антивитальные переживания* («жизнь не имеет смысла», «не живешь, а существуешь» и т.п.).

³⁵ Farberow, N.L. (Ed.) (1980). The Many Faces of Suicide. New York: McGraw-Hill Book Company.

³⁶ Там же.

³⁷ Кондращенко В.Т. Девиантное поведение у подростков, Минск, 1988 г.

³⁸ Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2003 г. – 376 с.

- Затем формируются *пассивные суицидальные мысли*.
- Следом возникают *суицидальные замыслы* или *активные суицидальные мысли* (разработка плана реализации суицидального поступка).
- На следующем этапе возникают *суицидальные намерения* (принятие решения о суицидальном поступке).
- Затем следует непосредственная *суицидальная попытка*, иногда при ее незавершенности предпринимается новая³⁹.

Временной отрезок этих этапов может составлять от нескольких месяцев до нескольких минут.

Самоубийству предшествует период (называемый специалистами «пресуицид»), включающий две фазы:

- Первая фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека (период поиска «точки опоры»), но эта активность не сопровождается суицидальными действиями. По мере того как исчерпываются варианты улучшения ситуации, крепнет мысль о ее неразрешимости. Человек остро ощущает невыносимость существования и предположительно констатирует отсутствие желания жить. В этот период еще сохраняется возможность оказать помощь человеку, вывести его из тупика⁴⁰.
- Вторая фаза начинается, если человек не нашел выхода из кризиса, не получил поддержки, и длится вплоть до покушения на свою жизнь. На этом этапе у человека возникают суицидальные мысли, а позднее и обдумывание способа самоубийства. По мнению специалистов, на этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению самоубийства, как правило, малоэффективны. Необходимо вмешательство врача-психиатра⁴¹.

Американский ученый Э. Шнейдман описал общие черты всех суицидов⁴².

1. Общей целью всех суицидов является *нахождение решения*. Суицид является выходом из кризиса или невыносимой ситуации, это не случайное действие, его никогда не предпринимают бессмысленно или бесцельно. Он является единственно доступным ответом на труднейшие вопросы: «Как из этого выбраться? Что делать?». Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные страдания.

³⁹ *Ефремов В.С.* Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство „Диалект“», 2004 г. Комплексные исследования в суицидологии (Сб. статей)/ Отв.ред. В.В. Ковалев. – М.: НИИ Психиатрии, 1986 г.; *Погодин И.А.* Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. – М.: Флинта, 2011 г.

⁴⁰ *Шнейдер Л.* Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция 8 // Школьный психолог – № 24 (454), 16–31.12.2009.

⁴¹ Там же.

⁴² *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001 г.

2. Общей задачей всех суицидов является *прекращение сознания*. Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и прекращению невыносимой психической боли, особенно если это выключение рассматривается страдающим человеком как вариант выхода из насущных, болезненных жизненных проблем.
3. Общим стимулом при суициде является невыносимая *душевная боль*. Если человек, имеющий суицидальные намерения, движется к прекращению сознания, то душевная боль – это то, от чего он стремится убежать. В этом смысле суицид это движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от нестерпимых чувств, невыносимой боли и неприемлемых страданий. Специалисты говорят о том, что если им удастся хоть немного снизить интенсивность страдания другого человека, то вполне вероятно, что он увидит иные варианты решения проблемы, помимо самоубийства, и выберет жизнь.
4. Общим стрессором при суициде являются *нереализованные, заблокированные психологические потребности*. Суицид не следует понимать как бессмысленный и необоснованный поступок – он кажется логичным совершающему его человеку на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем. Он является реакцией на его неудовлетворенные психологические потребности.
5. Общей суицидальной эмоцией является *беспомощность–безнадежность*. В суицидальном состоянии доминирует чувство беспомощности-безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)». Поэтому основным принципом помощи является **снижение интенсивности эмоционального напряжения**.
6. Общим внутренним отношением к суициду является *двойственность переживаний* (амбивалентность). Типичным для самоубийства становится состояние, когда человек одновременно пытается покончить с собой и взывает о помощи, причем оба эти действия являются истинными и непритворными. Человек чувствует потребность лишиться себя жизни и одновременно желает спасения и вмешательства других.
7. Общим состоянием психики является *сужение эмоциональной и интеллектуальной сфер* личности. Синонимом сужения интеллектуальной сферы является «туннельное» сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения («или-или»). Варианты выбора сужаются до альтернативы. При этом системы поддержки личности, например, значимые люди, не столько игнорируются, сколько не помещаются в рамки «туннельного» сознания.
8. Общим действием при суициде является *бегство*. Оно отражает намерение человека уйти из зоны бедствия, где суицид является пре-

дельным, окончательным бегством. Его можно предотвратить, закрывая выходы (например, отбирая у человека пистолет) или путем уменьшения силы потребности человека в уходе из жизни.

9. Общим коммуникативным актом при суициде является *сообщение о намерении*. Многие люди, намеревающиеся совершить самоубийство, исподволь, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия: жалуются на беспомощность, вызывают о поддержке, ищут возможности спасения. Человек обычно информирует окружающих о грядущем самоубийстве не враждой, яростью или уходом в себя, а именно сообщением о своих намерениях. Печально, что это сообщение далеко не всегда бывает услышано. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но человек внимательный в состоянии заметить их (см. раздел 2.4).

Особенности суицидального поведения подростков и молодежи

Специалисты считают, что суицидом подросток пытается изменить обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти от травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Суицидальное поведение может окрашиваться чувством мести обидчикам, «которые потом пожалеют», нередко это акт отчаяния⁴³.

Кроме того, существуют *особенности личности*, не позволяющие подростку адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым, при определенном стечении обстоятельств, предрасполагающих к суициду:

- неумение найти способы удовлетворения своих потребностей и желаний;
- отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкая сопротивляемость стрессу;
- общее отрицательное отношение к авторитетам, миру взрослых (недоверие к тем, кто стремится им помочь (близким, врачам, психологам);
- эмоциональная нестабильность (а также неумение ослабить эмоциональное напряжение);
- повышенная внушаемость;
- бескомпромиссность;
- отсутствие жизненного опыта, отсутствие навыков конструктивного решения проблемы⁴⁴.

Вместе с тем специалисты выделяют *механизмы, формирующие суицидальное поведение* подростков⁴⁵. Среди них и эгоцентризм (мир подростка большей частью состоит из него самого; когда ребенок попа-

⁴³ Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция 8 // Школьный психолог – № 24 (454), 16–31.12.2009.

⁴⁴ Там же.

⁴⁵ Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ). – Изд. «Академия естествознания», 2010 г.

дает в тяжелые жизненные условия, то начинает переживать, страдать, замыкаться в себе – эгоцентризм здесь приобретает характер отрицания себя), и аутоагрессия (в подростковом возрасте уровень агрессии повышается, а если формируется негативное отношение к себе, то агрессия направляется на самого себя)⁴⁶, и пессимистическая установка (исследования показывают, что современный подросток испытывает страх, тревогу по отношению к будущему). Кроме того, в подростковом возрасте еще не до конца сформированы (или слабо сформированы) жизненные цели, ценности, установки. При отсутствии таких ценностей и недостатка жизненного опыта идея уйти из жизни может стать доминирующей.

Специалисты выделяют ряд *особенностей суицидального поведения* в молодом возрасте.

Прежде всего, детям свойственны повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность, импульсивность в принятии решения⁴⁷. Нередки случаи, когда самоубийство детей и подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности⁴⁸. Эмоциональная нестабильность, часто ведущая к суициду, в настоящее время считается вариантом временного видоизменения характера почти у четверти здоровых подростков⁴⁹. Специалисты говорят о том, что подростки зачастую не разделяют того, что они хотят, от того, что хотят от них другие, не могут отделить переживания от мыслей и действий⁵⁰.

Кроме того, детям и подросткам присуща недостаточно адекватная оценка последствий своих действий⁵¹. Понятие «смерть» в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие о смерти возникает у детей между 2–3 годами. Для большинства она не является пугающим событием.

⁴⁶ Там же.

⁴⁷ Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

⁴⁸ Там же.

⁴⁹ Там же.

⁵⁰ Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) в журнал Медицинская психология в России. – № 2 (19), 2013 г., [Электронный ресурс] – http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php (дата обращения 25.09.2013).

⁵¹ Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Метод рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова. – М.: I Тип. Мин. здравоохранения, 1978 г.

В дошкольном возрасте дети не считают смерть концом жизни, а воспринимают ее как временное явление, подобное сну или отъезду⁵².

В младшем школьном возрасте дети думают, что смерть невидима и, чтобы остаться незамеченной, она ночью прячется в таких укромных местах, как кладбище, ее отождествляют с привидениями или покойниками, которые могут украсть детей. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой⁵³.

Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода⁵⁴.

Ряд авторов считают, что психологический смысл подросткового суицида – это «крик о помощи», или «протест, месть»⁵⁵, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания смерти нет, представление о ней крайне нечетливо, инфантильно. Некоторым подросткам смерть представляется как желательный длительный сон, отдых от невзгод, способ попасть в иной мир, также она видится средством наказать обидчиков⁵⁶.

Кроме того, именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя, (телевидение, Интернет, подростковые субкультуры). Подросткам свойственна повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки. Сильные переживания вызывают у детей и подростков самоубийство брата или сестры (родители настолько поглощены горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают и в целях привлечения внимания родителей могут повторить суицидальный поступок близких).

Одной из особенностей суицидального поведения детей и подростков является несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота, казалось бы, неожиданных для окружающих случаев подростковых самоубийств.

⁵² Там же.

⁵³ Там же.

⁵⁴ Там же.

⁵⁵ Там же.

⁵⁶ Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция 8 // Школьный психолог. – № 24 (454), 16–31.12.2009.

Еще одной особенностью суицидального поведения подростков является наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами⁵⁷ и т.д.

Кроме того, возникновению суицидального поведения способствует наличие депрессивных состояний (см. раздел 2.3).

Отечественный психиатр 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, безнадежностью⁵⁸.

Волна самоубийств, прокатившаяся по Москве в 2012 г., показывает, что ошибаются те, кто утверждает, что к суициду склонны *только* дети из неблагополучных семей или имеющие очерченные психические нарушения. Почти все подростки, покончившие с собой в этот период, были из внешне благополучных, среднего достатка семей. По рассказам близких, они отличались ранимостью, впечатлительностью, крайней эмоциональностью (не всегда заметной окружающим), но не проявляли отчетливых признаков депрессии, акцентуаций характера. Вместе с тем, в подростковом возрасте ребенок старается доказать свою самостоятельность, независимость, проявляет оппозиционное поведение по отношению к взрослым. К сожалению, такая оппозиционность и стремление доказать свою самостоятельность могут проявляться в попытках самоубийства.

Кроме того, еще одной причиной суицидального поведения подростков специалисты считают различного рода зависимости: от алкоголя, наркотиков, от компьютерных игр или Интернета.

Например, во время приема подростком наркотика, химические вещества проникают в мозг, разрушая нервные клетки и нарушая их функции⁵⁹. Подросток, потребляя алкоголь и наркотики, подавляет свои жизнеобеспечивающие инстинкты, наркотики ослабляют контроль за поведением человека, обостряют депрессивные состояния, иногда вызывают психозы; длительное злоупотребление способствует усилению чувства вины и психической боли, которые, как уже говорилось выше, часто предшествуют суициду.

Влияние сети Интернет на суицидальное поведение неоднозначно⁶⁰. Это отмечают, в том числе и зарубежные исследователи. В сети Интер-

⁵⁷ Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Метод рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова. – М.: I Тип. Мин. здравоохранения, 1978 – 13 с.

⁵⁸ Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. – М., 2001.

⁵⁹ Нестлер Э., Маленка Р. Мозг наркомана // В мире науки. – № 6, 2004 г.

⁶⁰ Вихристюк О.В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология 2013. № 1. – URL: <http://psyjournals.ru/jmfp> (дата обращения: 25.06.2013).

нет существуют как сайты с материалами, которые способствуют осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, так и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. В сети Интернет подростки могут получить практически неограниченную информацию о способах и видах самоубийств, а также имеют возможность найти единомышленников. Такие сайты подвергаются критике как среди специалистов, так и в средствах массовой информации, в связи с тем, что они могут вызвать эпидемию суицидов и членовредительства.

Кроме того, исследование форумов (не сайтов), которые содержат сообщения молодых людей о желании покончить с собой, показало, что только в 40 % ответов содержатся попытки отговорить потенциального суицидента, и только в 1 случае из 20 человеку советуют обратиться за помощью к специалисту или на профессиональные Интернет ресурсы⁶¹.

Как подчеркивают специалисты, особую роль в формировании «культы» самоубийства играет Интернет⁶². Существует множество виртуальных «клубов самоубийств», где даются подробные рекомендации и советы тем, кто хочет уйти из жизни. Даются конкретные рекомендации по самому безболезненному и быстрому уходу из жизни⁶³. В Интернете появляется все больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. В 2008 году британские медики провели исследование, которое показало, что поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства⁶⁴.

Вместе с тем, зарубежные исследователи⁶⁵ признают положительное влияние некоторых сайтов на подростков и молодежь, т.к. они помогают снять напряжение, дать выход негативным эмоциям. Кроме того, на некоторых сайтах посетителям рекомендуют обратиться в кризисной ситуации за профессиональной помощью в соответствующие службы.

Большим потенциалом в превенции суицидов обладают и социальные сети. Например, почти в 90 % случаев суицидов подростков в Москве в 2012–2013 гг.⁶⁶ подростки непосредственно перед суицидом

⁶¹ Исследование выполнено в рамках гранта РГНФ (№ 12–06–00719) «Наркомания и суицид в молодежной среде: междисциплинарное исследование» в 2012 г.

⁶² Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2011 г.

⁶³ Там же.

⁶⁴ Самоубийства в современном мире. [Электронный ресурс] – URL: http://www.memoid.ru/node/Samoubijstva_v_sovremennom_mire (дата обращения 28.06.2012).

⁶⁵ Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004, 43, 246–247.

⁶⁶ По данным Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет».

или даже задолго до этого писали о своих намерениях в социальных сетях, пользующихся наибольшей популярностью у молодого поколения. Эта информация содержалась либо в переписке с друзьями, либо в иной информации, размещенной на персональной странице подростка (рисунки, ссылки на ресурсы, музыка, литература и т.д.). Друзья (реже близкие взрослые) видели эти странички, но не обладая определенной культурой распознавания таких сигналов, знаниями, что делать с этой информацией дальше, не среагировали вовремя.

Суицидальные намерения можно проследить также и по тому, как (в какой манере) подросток рисует свои портреты, какие рассматривает фотографии, ссылки на какие интернет-ресурсы рассылает своим друзьям и знакомым⁶⁷.

2.2 Какие факторы влияют на развитие саморазрушающего суицидального поведения подростков

Безусловно, невозможно выявить одну или две причины подростковых самоубийств. То, из-за чего взрослеющий ребенок решается на последний шаг, всегда индивидуально. Специалисты выделяют ряд основных мотивов суицидального поведения подростков, причем ведущим фактором обычно является преобладание чувства безнадежности и беспомощности.

Основными мотивами суицидального поведения у детей и подростков специалисты считают⁶⁸:

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
3. Переживания, связанные со сложной обстановкой в семье, со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в т.ч. связанного с насилием в семье, т.к. зачастую подросток считает себя виноватым в происходящем и боится рассказать об этом).
5. Боязнь позора, насмешек или унижения.
6. Страх наказания (например, в ситуациях ранней беременности, серьезного проступка), нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации, повлиять на другого человека.

⁶⁷ *Матафонова Т.Ю.* Экстренная психологическая помощь в образовательных учреждениях учащимся с суицидальным поведением: Учебно-методическое пособие для психологов образовательных учреждений. – М.: НИИ Школьных технологий, 2013 г. – 376 с.

⁶⁸ *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

10. Сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов⁶⁹.

Зачастую вышеперечисленные мотивы отягощаются употреблением наркотиков, алкоголя, игровой или интернет-зависимостями.

Хотя взаимосвязь между алкогольными злоупотреблениями и суицидальным поведением не носит прямого причинного характера, такая взаимосвязь зафиксирована во многих специальных исследованиях⁷⁰. Кроме того, в странах Европы найдена связь роста самоубийств у подростков, употребляющих наркотики; прослеживается зависимость самоубийств от обсуждения темы насилия в сети Интернет и СМИ; от социально-экономического статуса подростка и от легкости доступа к средствам суицида. Среди юношей более выражена связь с преступностью и употреблением наркотиков, среди девушек – с расстройством пищевого поведения и депрессиями⁷¹.

Далее приведены выдержки обращений абонентов из журнала учета звонков, поступающих на Детский телефон доверия⁷².

М. (14 лет). Рассказала, что два года прожила с бабушкой в другом городе пока мама в Москве осваивалась и устраивала в институт старшую дочь. Потом абонентка переехала в Москву и отношения с мамой стали резко портиться, они часто ругаются, мама говорит в порыве гнева: «Лучше бы я тебя не рожала». М. не знает, как жить дальше – одиночество, обида, боль, горечь...

В. (ок.15 лет). Сложные отношения в семье: холодная отстраненная мама, с которой нет доверительных отношений, обида на отца, который бросил семью и ушел к другой женщине. Узнала о Телефоне доверия из газеты, где была информация о подростковых самоубийствах. Есть интерес к теме суицида.

Д. (17 лет). Долгая исповедь о неудачном опыте отношений с противоположным полом и о связанных с этим мучительных переживаниях, в т.ч. о чувстве стыда и вины. Кроме того, был опыт секса с девушкой. Подруга, услышав рассказ об этом, сказала, что это омерзительно. Д. звонит, чтобы выговориться. Выяснилось, что в результате ее сексуального опыта, возникло отвращение к этой стороне отношений.

⁶⁹ Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

⁷⁰ Canterbury suicide project data // Journal of Studies on Alcohol. 2003. Vol. 64. No. 4. – P. 551–554; Older alcoholics face greater risk of suicide // Psychiatric Times. 2003. Vol. 20. No. 8. – P. 26.

⁷¹ Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents // Minerva Pediatr. 2006 г. 58(5) – P. 443–450.

⁷² По данным за 2011–2013 гг. Детского телефона доверия Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет».

Теперь не хочет никаких отношений с мужчинами, кроме платонических. Понимает, что «не такая как все». Мысли о суициде.

В. (ок. 40 лет) позвонила после того, как увидела у ее 13-летней дочери порезы на руке. В. уверена, что была суицидальная попытка, из-за того что не складываются отношения с мальчиком. Очень встревожена, не знает, что делать. Со слов абонентки, дочь несколько месяцев назад резко изменилась: стала краситься, пропадать в компании девчонок ее возраста, которые уже имели сексуальный опыт, обманывает мать, плохо учится. В конце разговора В. рассказала, что это случилось после травмирующего события: девочку пытались изнасиловать в школе, но она закричала и прибежали другие дети.

Л. (16 лет). Рыдает. Переживает из-за нехватки материнской любви. Все их разговоры заканчиваются взаимными обвинениями и упреками. Л. нуждается в материнском внимании, одобрении и поддержке. Однажды резала вены на глазах своей мамы; та, со слов абонентки, «осталась безразличной и равнодушной». Звонит, чтобы получить эмоциональную поддержку.

К. (ок. 16 лет). В начале разговора плакала, рассказала, что у нее затяжной конфликт с отцом, по словам абонентки, он ее не понимает. В процессе разговора выяснилось, что в 200... году у нее умерла мама, вся семья тяжело переживала. Также К. рассказала, что в детстве папа ее бил, сейчас при разговоре с ней он издевается над ней, обзывает ее. Девушка рассказала, что из-за избиений в детстве у нее начались различные страхи (фобии). Она несколько раз совершала попытки самоубийства, сейчас больше не хочет кончать с собой. В процессе консультации выяснилось, что отец не всегда так суров и бывает добрым и нежным. Девочка понимает, что ей необходима психологическая помощь, но боится реакции отца, когда он узнает о том, что она обратилась за помощью...

И. (ок. 40 лет) обратилась в связи со сложной семейной ситуацией: ее 17-летняя дочь А. беременна. При походе в поликлинику выяснилось, что анализы достаточно плохие (подозрение на ВИЧ или гонорею), хотя точный диагноз неизвестен, врачи говорят, что с высокой долей вероятности ребенок родится больной. И. хочет прервать беременность дочери или отказаться от ребенка сразу после родов. Препятствием для совместного обсуждения и принятия решения является то, что между матерью и дочерью идет постоянное противостояние: дочь пытается продемонстрировать свою самостоятельность, а мать проконтролировать дочь. После прояснения ситуации, стало понятно, что у А. предположительно высок риск суицида (проявляется в высказываниях, поступках, общем настрое).

О. (14 лет) плачет. Объясняет, что в семье нет взаимопонимания – мама и отчим часто кричат и бьют. О. ненавидит своего отчима, говорит, что он связан с преступным миром. О. считает, что ее никто не любит, кроме бабушки, имеет трудности во взаимоотношениях с одноклассниками. Иногда приходят суицидальные мысли. Себя никогда не защищает, боится, что ее родители будут бить. Сегодня ее младший брат обжегся из-за того, что она нечаянно оставила горячий чай на краю стола. О. переживает за брата, за его здоровье; боится, что ее будут ругать и бить, «больше так не может...».

К. (17 лет). Прервал отношения с девушкой. Сегодня она ему позвонила и сообщила о своих планах свести счеты с жизнью. К. воспринимает эти угрозы серьезно, так как в прошлом у девушки уже были суицидальные попытки. Он боится, что если что-то произойдет, обвинять будут его.

Я. (14 лет). Начала разговор с тог, что у нее большие проблемы дома с родителями. Плачет. Со слов Я., мать устает на работе (она предприниматель) срывается на ней, может накричать и ударить ее. Мать лишила ее общения со сверстниками. Спрашивает, как восстановить доверие матери. Девочку посещают мысли о суициде. Когда мать запретила ей общаться с возлюбленным, она оказалась на грани нервного срыва. Сообщает, что пыталась покончить с собой, намеревалась прыгнуть с крыши трехэтажного дома (в частном секторе), поранила руку. Мать отругала ее за этот поступок. «Как жить дальше?» ...

Мама мальчика 11-ти лет. Плачет: привезла сына из летнего лагеря. Когда вожатые отсутствовали, мальчика избил 3 ровесника (замотали скотчем, били палкой с гвоздями, бросались фруктами). Сын написал маме СМС о суицидальных намерениях. Когда мама приехала в лагерь, вожатые о случившемся ничего не знали. «Что сказать сыну?»...

Женщина (ок. 40 лет). Абонентка и ее дочь (14 лет) подвергаются физическому насилию со стороны бывшего мужа. Мужчина зависим от алкоголя. Живут вместе, потому что женщине с дочерью негде жить. Бывший муж угрожает ей и дочери. Девочка, по словам матери, замкнулась в себе, носит все черное, высказывает суицидальные мысли, целыми днями играет в онлайн игры на компьютере. Учебу забросила...

И. (16 лет). Вчера пьяный отец избил и «пырнул» ножом. И. сейчас находится у знакомых в безопасности. Обращаться в полицию не хочет, т.к. в семье есть еще два брата (младших) и абонентка не хочет, чтобы отца лишили родительских прав и их отдали в детдом. У И. несколько лет назад умерла мать, которую, со слов абонентки, периодически избивал пьяный отец, семья находится на учете органов опеки. И. очень плохо чувствует себя в семье, была суицидальная попытка (наглоталась таблеток), вовремя откачали. Учится в колледже, часто пропускает, т.к. вынуждена зарабатывать.

Безусловно, в большинстве приведенных примеров у подростков нет истинного желания умереть: они только хотят достучаться до кого-то, обратиться внимание на свои проблемы, позвать на помощь. Часто психологам Детского телефона доверия⁷³ приходится сталкиваться с родительскими жалобами на демонстративно-шантажное поведение подростков («Если Вы мне не разрешите встречаться с Д., то я выброшусь из окна», «Я порежу себе вены – пусть все узнают, какие Вы родители на самом деле...»). Несмотря на то что родители считают, что их только хотят «поугатать», тем не менее этот «спектакль» нередко приводит к трагическим последствиям (к серьезным увечьям и даже к смертельному исходу), когда различного рода случайности и неправильный расчет определяют конечный результат попытки. В случаях демонстративно-шантажного поведения подростков психологи обычно советуют родителям ни в коем случае не совершать самой распространенной ошибки – провокационных призывов (высмеивание, ирония, «советы» как лучше «это» сделать, утверждения о том, что никто не станет ему мешать и т.д.). Очень часто подростки говорят про суицид с единственной целью – позлить, или шантажировать родителей, но получив в ответ ироническую реакцию, из чувства упрямства и желания доказать родителям, что они не правы, решаются на попытку самоубийства. Подростки очень остро реагируют на недоверие со стороны родителей, нежелание признавать их точку зрения, не считаться с их мировоззрением, их потребностями, на нивелирование их ценностей. Самоубийства среди подростков зачастую бывают именно своеобразной акцией протеста, а сигналом тревоги могут служить высказывания типа: «Не хочу Вас видеть!», «Вы никогда меня не поймете!»).

Иногда даже проблемы подростка, связанные с противоположным полом, с чрезмерной зависимостью от другого человека, специалисты трактуют как компенсацию плохих отношений в семье, постоянных конфликтов с родителями и отсутствия контакта с ними⁷⁴. В таких случаях часто бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми, что любое охлаждение в привязанности, а тем более измена, воспринимается как невосполнимая утрата, лишшающая смысла дальнейшую жизнь. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, происходят ситуативные самоубийства – импульсивные, неподготовленные и собственно не связанные с осознанным намерением лишить себя жизни⁷⁵.

⁷³ Линии Всероссийского детского телефона доверия (Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет») 8–800–2000–122 и 8–495–624–60–01.

⁷⁴ *Таранова Е.И.* Социально-психиатрические аспекты аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте / Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств». Белгород, 2009 г. – С. 14–17.

⁷⁵ Там же.

Нередко подросткам свойственно так называемое аутодеструктивное поведение, проявляющееся в занятиях экстремальными видами спорта или опасными играми и даже в алкогольной или наркотической зависимости. Можно сколько угодно твердить подростку, что все это опасно для жизни: как правило, именно этой опасности и жаждут подростки, склонные к аутодеструктивному поведению (возможно, сами не отдающие себе в этом отчета).

Обращения от подростков, поступающие психологам Детского телефона доверия⁷⁶, нередко содержат желание поговорить, разобраться в экзистенциально-философских вопросах жизни и смерти, смысле жизни и т.д. Зачастую подростку трудно найти для себя ответ, в чем его предназначение в этом мире (а в силу подросткового максимализма принять ответ «жить для того, чтобы жить» для него оказывается неприемлемым).

Несмотря на многообразие причин и мотивов самоубийств, специалисты считают, что ни один фактор риска не может являться достаточной причиной самоубийства без комбинации с другими факторами⁷⁷.

Далее приведен ряд вопросов⁷⁸, честные ответы на которые позволят близким подростка увидеть возможные проблемы во взаимоотношениях с ребенком.

Ответьте «да» или «нет» на следующие вопросы:

1. Рождение Вашего ребенка было желанным?
2. Вы каждый день его целуете, говорите ласковые слова или шутите с ним?
3. Вы с ним каждый вечер разговариваете по душам и обсуждаете прожитый им день?
4. Раз в неделю проводите с ним досуг (походы в кино, концерт, театр, посещение родственников, катание на лыжах и т.д.)?
5. Вы обсуждаете с ним создавшиеся семейные проблемы, ситуации, планы?
6. Вы обсуждаете с ним его имидж, моду, манеру одеваться?
7. Вы знаете его друзей (чем они занимаются, где живут)?
8. Вы знаете о его времяпрепровождении, хобби, занятиях?
9. Вы в курсе его влюбленности, симпатий?
10. Вы знаете о его недругах, недоброжелателях, врагах?
11. Вы знаете, какой его любимый предмет в школе?
12. Вы знаете, кто его любимый учитель?

⁷⁶ Линии Всероссийского детского телефона доверия (Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет) 8-800-2000-122 и 8-495-624-60-01.

⁷⁷ Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister in National Health and Welfare, Ottawa, 1994.

⁷⁸ Паскал В.В. Профилактика суицидального поведения обучающихся // Справочник классного руководителя – № 3, 2011 г., [Электронный ресурс] – URL: <http://www.menobr.ru/materials/19/36275/?redct=Y> (дата обращения 25.06.2013).

13. Вы знаете, кто его нелюбимый учитель?
14. Вы первым идете на примирение, разговор?
15. Вы не оскорбляете и не унижаете своего ребенка?

Подсчет результатов

Если на все вопросы Вы ответили «да», значит Вы находитесь на верном родительском пути, держите ситуацию под контролем и сможете в трудную минуту прийти на помощь своему ребенку. Если же большинство ответов «нет», необходимо немедленно изменить поведение, услышать и понять подростка, пока не случилась беда!

Уважаемые родители! Обращайте внимание на эмоциональное состояние Вашего ребенка. Общайтесь, обсуждайте проблемы, учите их разрешать, внушайте оптимизм. Проявляйте бдительность. Если Вы не справляетесь сами, чувствуете неблагополучие в социальной, эмоциональной сфере Вашего ребенка, не стесняйтесь обращаться за помощью⁷⁹. Специалисты помогут Вам найти выход из трудной ситуации.

2.3 Саморазрушающее поведение и психические нарушения у подростков

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала психическое здоровье подростков и молодежи одной из ключевых проблем, на которую специалисты и политики должны направить свое внимание, поскольку проблемы психического здоровья могут негативно сказаться на социальном, интеллектуальном и эмоциональном развитии молодых людей и привести к их гибели в результате самоубийства⁸⁰. По данным ВОЗ, во всем мире до 20 % детей и подростков имеют проблемы психического здоровья, однако эти оценки могут быть выше, поскольку, как правило, психологические проблемы и расстройства в подростковом возрасте недооцениваются⁸¹.

На фоне социально-экономической нестабильности последних десятилетий в России отмечается рост числа людей с выявленными психическими расстройствами⁸². Наличие психического заболевания является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероят-

⁷⁹ Паскал В.В. Профилактика суицидального поведения обучающихся // Справочник классного руководителя № 3, 2011 г., [Электронный ресурс] – URL: <http://www.menobr.ru/materials/19/36275/?redct=Y> (дата обращения 25.06.2013).

⁸⁰ WHO (2005). Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization.

⁸¹ Там же.

⁸² Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012 г. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.07.2013).

ность совершения самоубийства. Риск суицида наиболее высок при таких психических заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, личностные расстройства⁸³. В целом среди специалистов нет единого мнения по вопросу о том, при каком из психических заболеваний отмечается наибольшая частота суицидальных действий. Вместе с тем специалисты отмечают, что расстройства аффективного спектра (в первую очередь депрессивные и тревожные состояния), являются одним из основных факторов, если не ведущим фактором, суицидального поведения⁸⁴. Так, согласно данным Британского эпидемиологического исследования, 41 % из всех детей 11–15 лет с депрессивными расстройствами предпринимали попытку самоубийства или пытались нанести себе повреждения⁸⁵. А среди тех, кто покушался на самоубийство или же совершил суицид, наличие депрессивного состояния той или иной степени глубины отмечается в подавляющем большинстве случаев⁸⁶. В то же время по данным американских исследователей, личностные расстройства диагностируются примерно у 30 % лиц, погибших в результате суицида, и у 40 % лиц, совершивших попытку самоубийства⁸⁷. По данным финских ученых⁸⁸, от 29 до 88 % людей, осуществивших завершённые суициды, страдали от депрессии.

Депрессия как заболевание и депрессивное состояние (настроение)

Понятие «депрессия» до настоящего времени остается спорным и неоднозначным даже для специалистов. Оно используется и как характеристика настроения, и как название синдрома, и как понятие отдельного заболевания⁸⁹.

В житейском языке часто можно услышать: «У меня депрессия», «У меня депрессивное настроение». Известно, что депрессия это заболевание. А чем отличается просто пониженное (депрессивное) настроение от заболевания, именуемого депрессией? Как оно влияет на суицидальное поведение? Как выявить депрессию у ребенка?

Специалисты считают⁹⁰, что депрессивные состояния – это тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка, они *не явля-*

⁸³ Там же.

⁸⁴ Там же.

⁸⁵ Там же.

⁸⁶ Там же.

⁸⁷ Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality // Am J Psychiatry. 2006–163(1). – P. 20–26.

⁸⁸ Lonnqvist J. KTL Suicide Prevention in Finland as a National Project (in Finnish) // Kansanterveyslehti. 2007. Vol. 7. – P. 5–7.

⁸⁹ Идобаева О.А. Исследование эмоционального неблагополучия современных подростков как предпосылка коррекционной работы школьного психолога : Дис. канд. психол. наук : 19.00.07 : Москва, 1998 г. – 143 с. РГБ ОД, 61:99–19/2–8.

⁹⁰ Там же.

ются сами по себе однозначным симптомом болезни и поэтому не всегда вызывают к себе достаточного внимательного отношения специалистов.

Считается, что возникновение депрессивного состояния в наибольшей степени связано с характером детско-родительских отношений и с тем, как они воспринимаются подростком⁹¹. При этом такие существенные характеристики жизнедеятельности подростка, как отношения со сверстниками, уровень материального благосостояния семьи, школьная успеваемость, – обнаруживают существенно меньшую связь с наличием депрессивных состояний⁹².

Депрессивные состояния у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются самими детьми именно как сниженное настроение и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямства, оппозиционного поведения, ухода в себя⁹³. Подростки с депрессией больше склонны выражать ее во внешней активности – например, прогуливать занятия в школе, отказываться переходить из класса в класс, плохо вести себя, проявлять насилие и злоупотреблять алкоголем или наркотиками. Депрессия у молодых людей часто сопровождается либо отказом от еды и анорексией, особенно у девушек, либо чрезмерным потреблением пищи. Эти тяжелые нарушения питания могут повышать риск суицида⁹⁴.

Если общими признаками депрессивного состояния взрослых является гнетущее ощущение подавленности, одиночество, опустошенность, полная безнадежность, апатия, так называемая «душевная боль», то у детей и подростков состояние депрессии проявляется чаще в форме не унылого настроения, а раздражительности. Такие подростки часто капризны, считают себя некрасивыми, глупыми, бесполезными, часто испытывают чувство вины, жалуются на трудности с концентрацией внимания, «потерю энергии», пессимистично настроены практически ко всему. Подростки, испытывающие депрессивные состояния, теряют способность получать удовольствие от того, что раньше его доставляло, общий фон их настроения всегда понижен, учащаются соматические жалобы (на боли в животе, в голове и т.д.), возможны проявления агрессии (ранее несвойственной ребенку), негативистского, антисоциального поведения. Часто

⁹¹ Банников Г.С., Коньков С.А. Индуцированные тревожно-депрессивные реакции в системе детско-родительских отношений (опыт совместного консультирования психолога и психиатра в условиях детской поликлиники) // Вестник ВятГУ, № 3(3), 2012 г.

⁹² Идобаева О.А. Исследование эмоционального неблагополучия современных подростков как предпосылка коррекционной работы школьного психолога : Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. – М, 1998 г. – 143 с. РГБ ОД, 61:99–19/2–8.

⁹³ Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012 г. № 2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 01.07.2013).

⁹⁴ Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М: Издательство «Весь Мир», 2003 г., – 376 с.

отмечается потеря аппетита, изменение веса тела, усталость, проблемы со сном (либо бессонница, либо постоянная сонливость), потеря интереса к своей внешности. Депрессия также может маскироваться такими симптомами, как нарушение поведения, гиперактивность, энурез, неуспеваемость в школе. Подросток может стать замкнутым, угрюмым или казаться чересчур эмоциональным, чувствительным, особенно в общении со сверстниками. Безусловно, все эти симптомы необходимо рассматривать в комплексе, во взаимодействии друг с другом.

Считается, что среди тех, кто испытывал депрессию, девочек-подростков больше в два раза, чем представителей мужского пола. Девочки скорее загоняют свои проблемы внутрь, тем самым провоцируя депрессивные состояния. Психологи предполагают, что у девочек чаще наблюдается снижение самооужения. Давление со стороны сверстников и средств массовой информации, интернет-сообществ побуждает девушек стремиться быть более привлекательными и ценить отношения выше достижений. Причем у девушек депрессия часто сопровождается нарушениями пищевого поведения, такими как анорексия и булимия. Подростки-мальчики, вероятнее всего, втягиваются в антиобщественные формы поведения, такие как делинквентность или употребление наркотиков, а депрессия нередко сопровождается «срывами», ведущими к уходу из дома, бродяжничеству⁹⁵ и т.д.

Депрессию у детей и подростков иногда бывает сложно распознать. Это обусловлено тем, что, во-первых, симптомы депрессии наслаиваются на особенности естественного возрастного (подросткового) кризиса и, во-вторых, нередко имеют замаскированные формы проявления. Например, у детей младшего школьного возраста депрессия может проявляться такими симптомами, как вялость, быстрая утомляемость, заторможенность, которые постепенно блокируют способность ребенка усваивать учебный материал. У таких детей могут наблюдаться страхи, конфликты с родителями, неумение приспособиться к школьным правилам, раздражительность, плаксивость, жалобы на скуку, нарушения сна и аппетита. Безусловно, периодически у любых детей могут возникать вышеперечисленные состояния, но в случае устойчивых, неизменяющихся на протяжении длительного времени большинства обозначенных симптомов следует обратиться к специалистам.

Для детей среднего и старшего школьного возраста характерен вариант депрессии, замаскированной так называемым девиантным поведением, которое выражается в грубости, конфликтности с домашними, прогулами школы, иногда побегами из дома, в противоправных поступках, в употреблении алкоголя, наркотиков и т.д. Причем диагностирование депрессии в подростковом возрасте затруднено тем, что они могут не все свои пере-

⁹⁵ Подольский А.И., Идובהва О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб.: Слово, 2004 г. – 202 с.

живания, ощущения сообщать родителям (либо не обращать внимания на некоторые симптомы, например, снижение массы тела и утомляемость).

Также можно отметить ряд факторов, повышающих вероятность возникновения депрессии у подростков: негативный образ своего тела, неуверенность, негативное восприятие будущего, развод или разлад между родителями, тяжелые заболевания (в т.ч. психические) членов семьи, отвержение сверстниками («непопулярность» в значимой для подростка группе), стойкая низкая успеваемость в школе. Кроме того, особое внимание следует уделять периодам в жизни ребенка, связанным с так называемой сменой ролей (переход в новую школу, окончание школы, переезд на новое место жительства, период полового созревания, появление сексуального партнера). Такие периоды в жизни подростка часто могут быть связаны с растущей ответственностью, давлением окружающих, обстоятельством; понижением самооценки; неспособностью оправдать ожидания свои и семьи; острым желанием «отделиться» от семьи и неспособностью это сделать безболезненно. Неспособность подростка вжиться в новую для него роль может привести подростка к депрессии. В свою очередь депрессия может усугублять проблему, вести к появлению у подростка чувства безнадежности, ощущения невозможности принятия новой роли.

Далее приведена методика «Индекс хорошего самочувствия»⁹⁶. Для прохождения теста отметьте в каждом из пяти утверждений наиболее подходящий ответ о Вашем самочувствии в течение последних двух недель.

Методика «Индекс хорошего самочувствия» (для 12-ти лет и старше)

№ п/п	В течение последних двух недель...	Все время 5	Большую часть времени 4	Более половины всего времени 3	Менее половины всего времени 2	Иногда 1	Никогда 0
1	... у меня было хорошее настроение и чувство бодрости						
2	... я чувствовал себя спокойным и расслабленным						
3	... я чувствовал себя активным и энергичным						
4	... я просыпался с чувством свежести и отдыха						
5	... моя жизнь была наполнена интересными для меня событиями						

⁹⁶ WHO-5 Well-Being Index (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care / The Depcare Project Report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden. 12–13 February, 1998. – P. 25.

Обработка и интерпретация результатов

Складываются цифры, соответствующие ответам по пяти вопросам. Результат представлен цифрами от 0 до 10 – наихудшая возможность; от 18 до 25 – наилучшее качество жизни. Особое внимание следует уделить результатам от 13 и менее (или если хотя бы на один вопрос получен ответ 0 или 1). Полученные результаты требуют дополнительной диагностики⁹⁷.

Для уточнения результатов можно воспользоваться методикой выявления уровня одного из видов депрессии (меланхолической, тоскливой)⁹⁸. Ее можно самостоятельно использовать для *первичной, предварительной* диагностики депрессии у старших подростков. Методика дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на данный момент.

Методика выявления уровня депрессии (для 16–18 лет и старше)⁹⁹

Инструкция к тесту: прочитайте внимательно каждую группу высказываний (всего их 44). Подберите вариант ответа, подходящий для Вас – а, b, с или d. Пометьте выбранный ответ галочкой.

Текст опросника

1.
 - a) Мое настроение сейчас не более подавленное (печальное), чем обычно.
 - b) Пожалуй, оно более подавленное (печальное), чем обычно.
 - c) Да, оно более подавленное (печальное), чем обычно.
 - d) Мое настроение намного более подавленное (печальное), чем обычно.
2.
 - a) Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения.
 - b) У меня иногда бывает такое настроение.
 - c) У меня часто бывает такое настроение.
 - d) Такое настроение бывает у меня постоянно.
3.
 - a) Я не чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
 - b) У меня иногда бывает такое чувство.
 - c) У меня часто бывает такое чувство.
 - d) Я постоянно чувствую себя так, будто я остался(лась) без чего-то очень важного для меня.
4.
 - a) У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик.
 - b) У меня иногда бывает такое чувство.

⁹⁷ Там же.

⁹⁸ Методика определения уровня депрессии (В.А.Жмуров) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002 г. – С.135–139.

⁹⁹ Там же.

- c) У меня часто бывает такое чувство.
d) Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
5.
a) У меня не бывает чувства, будто я состарился(лась).
b) У меня иногда бывает такое чувство.
c) У меня часто бывает такое чувство.
d) Я постоянно чувствую, будто я состарился(лась).
6.
a) У меня не бывает состояний, когда на душе тяжело.
b) У меня иногда бывает такое состояние.
c) У меня часто бывает такое состояние.
d) Я постоянно нахожусь в таком состоянии.
7.
a) Я спокоен за свое будущее, как обычно.
b) Пожалуй, будущее беспокоит меня несколько больше, чем обычно.
c) Будущее беспокоит меня значительно больше, чем обычно.
d) Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно.
8.
a) В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно.
b) В своем прошлом я вижу плохого несколько больше, чем обычно.
c) В своем прошлом я вижу плохого значительно больше, чем обычно.
d) В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно.
9.
a) Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно.
b) Таких надежд у меня несколько меньше, чем обычно.
c) Таких надежд у меня значительно меньше, чем обычно.
d) Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно.
10.
a) Я боязлив(а) не более обычного.
b) Я боязлив(а) несколько более обычного.
c) Я боязлив(а) значительно более обычного.
d) Я боязлив(а) намного более обычного.
11.
a) Хорошее меня радует, как и прежде.
b) Я чувствую, что оно радует меня несколько меньше прежнего.
c) Оно радует меня значительно меньше прежнего.
d) Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего.
12.
a) У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна.
b) У меня иногда бывает такое чувство.
c) У меня часто бывает такое чувство.
d) Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна.

- 13.
- a) Я обидчив(а) не больше, чем обычно.
 - b) Пожалуй, я несколько более обидчив(а), чем обычно.
 - c) Я обидчив(а) значительно больше, чем обычно.
 - d) Я обидчив(а) намного больше, чем обычно.
- 14.
- a) Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше.
 - b) Я получаю такое удовольствие несколько меньше, чем раньше.
 - c) Я получаю такое удовольствие значительно меньше, чем раньше.
 - d) Я не получаю теперь удовольствия от приятного.
- 15.
- a) Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины.
 - b) Иногда я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
 - c) Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
 - d) Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват(а).
- 16.
- a) Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного.
 - b) Я виню себя за это несколько больше обычного.
 - c) Я виню себя за это значительно больше обычного.
 - d) Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше обычного.
- 17.
- a) Обычно у меня не бывает ненависти к себе.
 - b) Иногда бывает, что я ненавижу себя.
 - c) Часто бывает так, что я себя ненавижу.
 - d) Я постоянно чувствую, что ненавижу себя.
- 18.
- a) У меня не бывает чувства, будто я погряз(ла) в грехах.
 - b) У меня иногда теперь бывает это чувство.
 - c) У меня часто бывает теперь это чувство.
 - d) Это чувство у меня теперь не проходит.
- 19.
- a) Я виню себя за проступки других не больше обычного.
 - b) Я виню себя за них несколько больше обычного.
 - c) Я виню себя за них значительно больше обычного.
 - d) За проступки других я виню себя намного больше обычного.
- 20.
- a) У меня обычно не бывает состояния, когда все кажется бессмысленным.
 - b) Иногда у меня бывает такое состояние.
 - c) У меня часто бывает теперь такое состояние.
 - d) Это состояние у меня теперь не проходит.

- 21.
- a) У меня не бывает чувства, что я заслужил(а) кару.
 - b) Теперь иногда бывает.
 - c) Оно часто бывает у меня.
 - d) Это чувство у меня теперь практически не проходит.
- 22.
- a) Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде.
 - b) Я вижу в себе несколько меньше хорошего, чем прежде.
 - c) Я вижу в себе значительно меньше хорошего, чем прежде.
 - d) Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде.
- 23.
- a) Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у других.
 - b) Иногда я думаю, что во мне плохого больше, чем у других.
 - c) Я часто так думаю.
 - d) Я постоянно думаю, что плохого во мне больше, чем у других.
- 24.
- a) Желания умереть у меня не бывает.
 - b) Это желание у меня иногда бывает.
 - c) Это желание у меня бывает теперь часто.
 - d) Это теперь постоянное мое желание.
- 25.
- a) Я не плачу.
 - b) Я иногда плачу.
 - c) Я плачу часто.
 - d) Я хочу плакать, но слез у меня уже нет.
- 26.
- a) Я не чувствую, что я раздражителен(льна).
 - b) Я раздражителен(льна) несколько больше обычного.
 - c) Я раздражителен(льна) значительно больше обычного.
 - d) Я раздражителен(льна) намного больше обычного.
- 27.
- a) У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих эмоций.
 - b) Иногда у меня бывает такое состояние.
 - c) У меня часто бывает такое состояние.
 - d) Это состояние у меня теперь не проходит.
- 28.
- a) Моя умственная активность никак не изменилась.
 - b) Я чувствую теперь какую-то неясность в своих мыслях.
 - c) Я чувствую теперь, что я сильно отупел(а) (в голове мало мыслей).
 - d) Я совсем ни о чем теперь не думаю (голова пустая).
- 29.
- a) Я не потерял(а) интереса к другим людям.
 - b) Я чувствую, что прежний интерес к людям несколько уменьшился.

- c) Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился.
 - d) У меня совсем пропал интерес к людям (я никого не хочу видеть).
- 30.
- a) Я принимаю решения, как и обычно.
 - b) Мне труднее принимать решения, чем обычно.
 - c) Мне намного труднее принимать решения, чем обычно.
 - d) Я уже не могу сам(а) принять никаких решений.
- 31.
- a) Я не менее привлекателен(льна), чем обычно.
 - b) Пожалуй, я несколько менее привлекателен(на), чем обычно.
 - c) Я значительно менее привлекателен(на), чем обычно.
 - d) Я чувствую, что я выгляжу просто безобразно.
- 32.
- a) Я могу работать, как и обычно.
 - b) Мне несколько труднее работать, чем обычно.
 - c) Мне значительно труднее работать, чем обычно.
 - d) Я совсем не могу теперь работать (все валится из рук).
- 33.
- a) Я сплю не хуже, чем обычно.
 - b) Я сплю несколько хуже, чем обычно.
 - c) Я сплю значительно хуже, чем обычно.
 - d) Теперь я почти совсем не сплю.
- 34.
- a) Я устаю не больше, чем обычно.
 - b) Я устаю несколько больше, чем обычно.
 - c) Я устаю значительно больше, чем обычно.
 - d) У меня уже нет никаких сил что-то делать.
- 35.
- a) Мой аппетит не хуже обычного.
 - b) Мой аппетит несколько хуже обычного.
 - c) Мой аппетит значительно хуже обычного.
 - d) Аппетита у меня теперь совсем нет.
- 36.
- a) Мой вес остается неизменным.
 - b) Я немного похудел(а) в последнее время.
 - c) Я заметно похудел(а) в последнее время.
 - d) В последнее время я очень похудел(а).
- 37.
- a) Я дорожу своим здоровьем, как и обычно.
 - b) Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно.
 - c) Я дорожу своим здоровьем значительно меньше, чем обычно.
 - d) Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем.

- 38.
- a) Я интересуюсь сексом, как и прежде.
 - b) Я несколько меньше интересуюсь сексом, чем прежде.
 - c) Я интересуюсь сексом значительно меньше, чем прежде.
 - d) Я полностью потерял(а) интерес к сексу.
- 39.
- a) Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось.
 - b) Теперь я чувствую, что мое «Я» несколько изменилось.
 - c) Теперь я чувствую, что мое «Я» значительно изменилось.
 - d) Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам(а).
- 40.
- a) Я чувствую боль, как и обычно.
 - b) Я чувствую боль сильнее, чем обычно.
 - c) Я чувствую боль слабее, чем обычно.
 - d) Я почти не чувствую теперь боли.
- 41.
- a) Некоторые расстройства (сухость во рту, сердцебиение, запоры, удушье) у меня бывают не чаще, чем обычно.
 - b) Эти расстройства бывают у меня несколько чаще обычного.
 - c) Некоторые из этих расстройств бывают у меня значительно чаще обычного.
 - d) Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного.
- 42.
- a) Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи.
 - b) Утром оно у меня несколько хуже, чем к ночи.
 - c) Утром оно у меня значительно хуже, чем к ночи.
 - d) Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи.
- 43.
- a) У меня не бывает спадов настроения весной (осенью).
 - b) Такое однажды со мной было.
 - c) Со мной такое было два или три раза.
 - d) Со мной было такое много раз.
- 44.
- a) Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго.
 - b) Подавленное настроение у меня может длиться по неделе, до месяца.
 - c) Подавленное настроение у меня может длиться месяцами.
 - d) Подавленное настроение у меня может длиться до года и больше.

Обработка и интерпретация результатов¹⁰⁰

Ответы переводятся в баллы по следующей схеме:

Ответ	a	b	c	d
Балл	0	1	2	3

Далее рассчитывается сумма полученных баллов:

1–9 – депрессия отсутствует либо незначительная;

10–24 – депрессия минимальная;

25–44 – легкая депрессия;

45–67 – умеренная депрессия;

68–87 – выраженная депрессия;

88 и более – глубокая депрессия.

Человеку, набравшему более 45 баллов, необходимо обратиться за консультацией к специалисту.

2.4 Подростки и молодежь группы риска. Симптомы суицидальных намерений

На что следует обращать внимание в поведении ребенка

Некоторые задумывающиеся о самоубийстве подростки испытывают замешательство. Несмотря на то, что их переполняет чувство безнадежности, безысходности, они могут неосознанно «сигнализировать» окружающим о своих намерениях. Подоплека всех их действий такова, чтобы найти кого-нибудь, кто принесет им чувство облегчения и безопасности. Необходимо быть внимательными к этим «знакам», чтобы не упустить возможность предотвратить формирующееся суицидальное поведение. Такими знаками предостережения могут выступать:

- высказывания о нежелании жить: «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться», «Хорошо бы заснуть и не проснуться», «Мне нельзя помочь», «Скоро все закончится», в т.ч. шутки, иронические замечания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- фиксация на теме смерти в литературе, живописи, музыке; частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида (например, в Интернете);
- активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);

¹⁰⁰ Методика определения уровня депрессии (В.А. Жмуров) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002 г. – С. 135–139.

- сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное); косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку, употребление в переписке, разговорах просуицидальных высказываний, символов;
- раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадежности, отчаяния, чувство одиночества («меня никто не понимает и я никому не нужен»), сложность контролирования эмоций, внезапная смена эмоций (то эйфория, то приступы отчаяния);
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего, потеря перспективы будущего;
- постоянно пониженное настроение, тоскливость. Ребенок считает, что у него ничего не получится, он ни на что не способен. Ребенок подавлен, безразличен, иногда ощущает вину перед окружающими;
- необычное, нехарактерное для данного ребенка поведение (более безрассудное, импульсивное, агрессивное; несвойственное стремление к уединению, снижение социальной активности у общительных детей, и наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых). Возможно злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;
- стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;
- снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;
- символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющих большую личную значимость;
- попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии других настораживающих признаков)¹⁰¹.

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессией, необходимо обращать внимание на ее типичные симптомы:

- часто грустное настроение, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;
- вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;
- снижение интересов к деятельности или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась;
- поглощенность темой смерти;

¹⁰¹ Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Матафонова Т.Ю. Выявление и предупреждение суицидального поведения среди несовершеннолетних. Памятка психологам образовательных учреждений / Основы безопасности жизнедеятельности. Информационно-методическое издание для преподавателей. № 4, 2012 г. – С. 34–37 (начало), № 5, 2012 г. – С. 40–45 (окончание).

- постоянная скука;
- социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;
- пропуск школы или плохая успеваемость;
- деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;
- чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;
- повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалы и награды;
- повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
- жалобы на физическую боль, например, боль в желудке или головную боль;
- сложности концентрации внимания;
- значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита или неконтролируемое обжорство).

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков указывает на то, что у ребенка может быть депрессия и ему нужна помощь специалиста¹⁰².

Необходимо хорошо знать индивидуальные особенности своего ребенка. Любое резкое изменение в его поведении должно настораживать. Крайне важно не бояться обращаться за помощью, если Вы заметили какие-либо проблемы в состоянии своего ребенка.

Существует также ряд ситуаций, которые могут восприниматься подростком как кризисные, непреодолимые, безнадежные. Например, смерть близкого или любимого человека; сексуальное насилие; денежные долги; раскаяние за совершенное преступление или предательство; угроза физической расправы; нежелательная беременность; получение тяжелой травмы или тяжелая болезнь; шантаж; сексуальная неудача; измена партнера; ревность; публичное унижение; коллективная травля (буллинг); одиночество; подражание кумиру и т.д. Более подробно трудные жизненные ситуации рассмотрены в главе 3 (раздел 3.1).

Также к группе риска относятся подростки:

- находящиеся в сложной семейной ситуации (болезненный развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающие серьезные проблемы в учебе;
- не имеющие друзей;
- не имеющие устойчивых интересов, хобби;
- склонные к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесшие тяжелую утрату;
- остро переживающие несчастную любовь (разрыв высокозначимых любовных отношений);

¹⁰² Там же.

- имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо сами пытавшиеся покончить с собой)¹⁰³;
- употребляющие алкоголь, психоактивные вещества;
- имеющие недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершившие уголовно наказуемый поступок (характеризующиеся криминальным поведением) или ставшие жертвой уголовного преступления (в т.ч. насилия);
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у подростков

Несмотря на наличие приведенных выше факторов и ситуаций, которые могут повлечь суицидальные намерения, каждый человек обладает средствами для решения проблем – это та сила личности, которая служит основой жизнестойкости и повышает вероятность преодоления кризиса. В психологии такие «средства» называются ресурсами. Переживая кризис человек часто забывает о них, и задача психолога состоит в том числе и в актуализации этих ресурсов. Ресурсы бывают внутренние (например, инстинкт самосохранения, опыт преодоления трудностей, интеллект) и внешние (например, поддержка семьи и друзей, вера в Бога, работа с психологом или психотерапевтом). Кроме того, существует и ряд антисуицидальных факторов, т.е. мыслей, душевных переживаний, положительных жизненных установок, позиций и психологических особенностей человека, препятствующих осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся:

- страх смерти;
- нежелание вызывать отрицательные переживания близких;
- боязнь физических страданий (в т.ч. негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства, опасения остаться инвалидом);
- выраженное чувство долга, обязательность;
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- представление о греховности и о позорности суицида (в т.ч. религиозные мотивы);
- любовь к жизни;
- наличие нереализованных планов (жизненных, творческих, семейных и др.);
- надежда на то, что кто-то знает выход из ситуации и сможет помочь.

¹⁰³ Есть данные о том, что у 25 % склонных к суициду детей один из родителей предпринимал попытку суицида; у 44 % – близкий родственник. Источник: Федосова И.В., Белозерцева И.Н. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // Фундаментальные исследования. – 2005 – № 3 – С. 98–100. – URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966 (дата обращения: 28.06.2013).

Соответственно, чем большим количеством жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, тем сильнее его психологическая защита и внутренняя уверенность в себе, тем сильнее его антисуицидальный барьер. Ряд авторов указывает на то, что антисуицидальный барьер подразумевает выраженную эмоциональную привязанность к близким, родственные обязанности, чувство общественного долга, понятие о чести, дружеские привязанности, зависимость от общественного мнения и мнения товарищей, представление о трусости, позорности суицида, наличие планов, определяющих цель в жизни¹⁰⁴. Безусловно, все эти факторы формируются на протяжении всего периода взросления ребенка. Более подробная информация о том, что можно делать для формирования антисуицидального барьера, навыков совладания со стрессами, представлена в следующей главе (см. раздел 3.1).

¹⁰⁴ Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. – М.: Ин-т Психотерапии, 2003 г. – 458 с.

Глава 3. Как помочь подростку справиться с трудной жизненной ситуацией

*Живя, умей все пережить:
Печаль, и радость, и тревогу.*

Федор Тютчев

3.1 Что такое трудная жизненная ситуация, ее влияние на развитие подростка

Усложняющиеся условия жизни в современном мире, неустойчивость и иногда непредсказуемость социальных процессов все чаще заставляют человека преодолевать жизненные трудности. Трудная жизненная ситуация всегда характеризуется несоответствием между тем, что человек хочет (сделать, достичь), и тем, что он может, оказавшись в данных обстоятельствах и располагая имеющимися у него возможностями¹⁰⁵. Невозможность достижения цели (в широком понимании, в т.ч. определенного качества жизни) влечет за собой возникновение отрицательных эмоций, которые служат важным индикатором трудности той или иной ситуации для человека¹⁰⁶. Умение человека справляться с трудными для него жизненными ситуациями является одним из показателей уровня развития личности.

В течение жизни человек нарабатывает широкий спектр различных способов разрешения трудных ситуаций, формирует навыки жизнестойкости, тем самым развивая психологическую устойчивость к неблагоприятным воздействиям извне. Уверенность человека в своей способности преодолевать жизненные трудности повышает самооценку, способствует развитию собственной ценности, формирует уверенность в собственных силах. Поэтому необходимо развивать способность взрослого ребенка справляться с жизненными трудностями.

Подросток с его формирующейся психикой очень чувствителен к встречающимся на его пути жизненным ситуациям. Наиболее сильное влияние на подростка оказывают трудные, кризисные ситуации; пытаясь самостоятельно справиться с тревожащими его ситуациями, подросток приобретает опыт их преодоления. При этом он ищет человека или группу людей, способных оказать поддержку, ищет деятельность (или внутренние механизмы), компенсирующую тревожные переживания, повышающую самооценку. К сожалению, результаты этих поисков

¹⁰⁵ Бурлачук Л.Ф. Психология жизненных ситуаций / Л.Ф.Бурлачук, Е.Ю.Коржова. – М., 1998 г.

¹⁰⁶ Там же.

часто оказываются неконструктивными. Например, подростку обычно легче приобрести авторитет среди дворовой компании, чем в спортивной, танцевальной и т.п. секции, где требуются регулярные дополнительные усилия, проявление силы воли и определенные усилия для достижения желаемого статуса в группе.

Неудачный опыт преодоления подростком трудных жизненных ситуаций может повлечь неудовлетворенность, чувство неуверенности, озлобленность, агрессивность, негативизм, неверие в свое успешное будущее. Любая из формирующихся при этом защитных техник: уход в себя, стремление избежать неприятностей или открытая агрессия, оказывается неблагоприятной для развития личности подростка¹⁰⁷.

Некоторые исследования, проведенные психологами, показывают, что подростки с выраженными эмоциональными проблемами, как правило, пережили трудные жизненные ситуации, значительные негативные события в течение последних года–двух. Исследования отечественных специалистов¹⁰⁸ говорят о том, что среди основных жизненных сфер подростков (семья, отношения со сверстниками, личная жизнь, школа и внешкольная жизнь) семья и отношения в семье занимают более 50 % совокупной событийной «стрессогенности» подростковой жизни. Причем это мнения самих же подростков. К положительным событиям своей жизни подростки относят: улучшение финансового состояния семьи, уменьшение количества ссор с родителями, получение работы папой или мамой, покупку недвижимости, поездку за границу, а также улучшение взаимоотношений со сверстниками. К числу отрицательных событий относится увеличение количества ссор с родителями, ухудшение финансового состояния семьи, развод родителей, повторная женитьба отца, а также ухудшение взаимоотношений со сверстниками¹⁰⁹.

Те же исследования¹¹⁰ показывают, приоритетное влияние характера детско-родительских отношений на возникновение депрессивных состояний у подростков. Прочие же существенные характеристики жизнедеятельности подростка (отношения со сверстниками, школьная успеваемость, уровень материального благополучия семьи) обнаруживают значительно более низкий уровень связи с депрессивным состоянием подростков¹¹¹.

¹⁰⁷ *Туманова Е.Н.* Кризисные ситуации в жизни подростков из неблагополучных семей : Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05. – СПб., 2001 г. – 188 с. РГБ ОД, 61:02–19/298–Х.

¹⁰⁸ *Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П.* Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб.: Слово, 2004 г. – 202 с.

¹⁰⁹ Там же.

¹¹⁰ *Идобаева О.А.* Исследование эмоционального неблагополучия современных подростков как предпосылка коррекционной работы школьного психолога : Дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.07. – М., 1998 г. – С.143. РГБ ОД, 61:99–19/2–8.

¹¹¹ Там же.

Исследования зарубежных специалистов позволили выявить, какие стрессовые события приводят к различным заболеваниям. Например, в 1967 году два психиатра, Т. Холмс и Р. Рейх (Holmes, Rahe)¹¹², провели анализ медицинских записей около пяти тысяч пациентов больницы. На основе этого исследования была составлена «Шкала стресса Холмса и Рейха». Результаты тестирования по этой шкале были тесно связаны с заболеваниями и обращениями в медицинские учреждения. Чем больше баллов набирает человек, тем больше вероятность того, что он может заболеть. Исследователями были составлены два варианта «шкалы стресса» – для взрослых и для молодых людей. Причем, как отмечают ученые, положительные радостные события также могут вести к сильным эмоциональным переживаниям и как следствие к стрессу.

Ниже приведена «шкала стресса» в варианте для молодых людей. В соответствии с таблицей Вы можете подсчитать предположительный уровень стресса, пережитый Вашим ребенком за последний год. Для этого необходимо суммировать баллы по тем событиям, которые произошли в жизни Вашего ребенка (в течение последнего года).

Жизненное событие	Баллы
Смерть родителя	100
Незапланированная беременность, выкидыш, аборт	100
Свадьба (своя)	95
Развод родителей	90
Получение увечий	80
Рождение ребенка (своего)	70
Заключение родителя в тюрьму более чем на год	70
Разделение родителей (не развод, но живут отдельно)	69
Смерть брата или сестры	68
Изменения в отношениях со сверстниками	67
Незапланированная беременность сестры	64
Известие о том, что ты был усыновлен	63
Свадьба мамы и отчима или папы и мачехи	63
Смерть близкого друга	63
Наличие видимых врожденных увечий	62
Серьезная болезнь, требующая госпитализации	58

¹¹² Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res (1967).11 (2): 213–8.

Жизненное событие	Баллы
Отрицательная аттестация в школе	56
Отсутствие внеклассных занятий	55
Госпитализация родителя	55
Заключение родителя в тюрьму более чем на 30 дней	53
Разрыв отношений	53
Начало отношений	51
Исключение из школы	50
Начало употребления наркотиков или алкоголя	50
Рождение брата или сестры	50
Увеличение количества ссор между родителями	47
Увольнение одного из родителей	46
Выдающееся личное достижение, успех	46
Изменение финансового положения родителей	45
Прием в выбранное учебное заведение (колледж, ВУЗ и т.д.)	43
Переход в старшие классы	42
Госпитализация брата или сестры	41
Участившиеся случаи отсутствия дома одного из родителей	38
Начало самостоятельной жизни брата или сестры	37
Появление в семье третьего взрослого	34
Становление подростка в религиозной общине в качестве полноправного члена	31
Уменьшение количества ссор между родителями	27
Уменьшение количества ссор с родителями	26
Устройство на работу одного из родителей	26

Исследователи считают, что усредненные набранные по шкале суммы баллов свидетельствуют о:

- высоком риске заболеть – 300 и более баллов;
- среднем риске – 150–299 баллов;
- низком риске – 150 и меньше баллов.

Следует отметить, что данная шкала разрабатывалась зарубежными исследователями и, вероятно, не в полной мере отражает российские реалии.

Еще один известный американский исследователь в области детской психологии Дэвид Элкин¹¹³ создал подобную шкалу детского стресса.

¹¹³ *Elkind D. Ties That Stress – The New Family Imbalance, 1994 г. – 272 с.*

Аналогично приведенной выше шкале необходимо оценить события, произошедшие с ребенком за последний год (шкала включает как позитивные, радостные, так и негативные стрессообразующие события).

Жизненное событие	Баллы
Смерть одного из родителей	100
Развод родителей	73
Раздельное проживание родителей	65
Командировка одного из родителей	63
Смерть близкого родственника	53
Болезнь или травма	50
Повторное вступление в брак одного из родителей	50
Примирение родителей	45
Выход матери на работу	45
Болезнь члена семьи	44
Беременность матери	40
Трудности в школе	39
Рождение брата или сестры	39
Перемены в школе (новый учитель, новый класс)	39
Изменение финансовой ситуации в семье	38
Болезнь или травма близкого друга	37
Новый кружок или увлечение	36
Ссора с братьями и сестрами	35
Угроза насилия в школе	31
Кража личной вещи	30
Уход из дома старшего брата или сестры	29
Сложности с бабушкой и дедушкой	29
Исключительная личная удача	28
Переезд в другой город	26
Приобретение или утрата питомца	25
Сложности с учителем	24
Семейный отпуск	19
Каникулы в лагере	18
Смена друзей	17

Жизненное событие	Баллы
Изменение привычек отхода ко сну	16
Изменение привычного режима питания	15
Изменение количества часов, отведенных для просмотра телевизора	13
Празднование дня рождения	12
Наказание за обман	11

Дэвид Элкин считает, что если в течение одного года ребенок в сумме набирает:

- менее 150 баллов – у него средний уровень стресса;
- от 150 до 300 баллов – ему грозит проявление симптомов стресса;
- более 300 баллов – у него могут возникнуть серьезные проблемы со здоровьем или поведением из-за стресса.

Безусловно, необходимо критически относиться к любого рода популярным тестам, шкалам, ведь заботливый родитель в состоянии самостоятельно оценить влияние на своего ребенка того или иного события. Необходимо помнить, что приведенные выше шкалы являются лишь вспомогательными инструментами измерения количества стрессогенных событий в жизни ребенка.

Отечественные ученые выделяют четыре группы симптомов стресса: физиологические, интеллектуальные, эмоциональные и поведенческие. Они сведены в таблицу, и Вы можете попросить вашего ребенка оценить уровень стресса на настоящий момент, отметив, какие из нижеперечисленных признаков у него имеются (для подростков старшего возраста)¹¹⁴.

Признаки стресса	Отметки
<i>Интеллектуальные признаки стресса</i>	
1. Преобладание негативных мыслей	
2. Трудность сосредоточения	
3. Ухудшение показателей памяти	
4. Постоянное и бесплодное вращение мыслей вокруг одной проблемы	
5. Повышенная отвлекаемость	
6. Трудность принятия решений, длительные колебания при выборе	
7. Плохие сны, кошмары	
8. Частые ошибки, сбой в вычислениях	

¹¹⁴ Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006 г. – 256 с. Щербатых Ю.В. Стресс и счастье на одну букву. Практическое руководство по преодолению стресса. – Изд.: Феникс, 2011 г.

9. Пассивность, желание переложить ответственность на кого-то другого	
10. Нарушение логики, спутанное мышление	
11. Импульсивность мышления, поспешные и необоснованные решения	
12. Сужение «поля зрения», кажущееся уменьшение возможных вариантов действия	
Итого:	
Эмоциональные симптомы	
1. Беспокойство, повышенная тревожность	
2. Подозрительность	
3. Мрачное настроение	
4. Ощущение постоянной тоски, депрессия	
5. Раздражительность, приступы гнева	
6. Эмоциональная «тупость», равнодушие	
7. Циничный, неуместный юмор	
8. Уменьшение чувства уверенности в себе	
9. Уменьшение удовлетворенности жизнью	
10. Чувство отчужденности, одиночества	
11. Потеря интереса к жизни	
12. Снижение самооценки, появление чувства вины или недовольства собой или своей работой	
Итого:	
Поведенческие признаки стресса	
1. Потеря аппетита или переедание	
2. Возрастание ошибок при выполнении привычных действий	
3. Более быстрая или, наоборот, замедленная речь	
4. Дрожание голоса	
5. Увеличение числа конфликтных ситуаций на работе или в семье	
6. Хроническая нехватка времени	
7. Уменьшение времени, которое уделяется общению с близкими и друзьями	
8. Потеря внимания к своему внешнему виду, неухоженность	
9. Антисоциальное поведение	

10. Низкая продуктивность деятельности	
11. Нарушение сна или бессонница	
12. Более интенсивное курение и употребление алкоголя	
Итого:	
Физиологические симптомы	
1. Боли в разных частях тела неопределенного характера, головные боли	
2. Повышение или понижение артериального давления	
3. Учащенный или неритмичный пульс	
4. Нарушение процессов пищеварения (запор, диарея, повышенное газообразование)	
5. Нарушение свободы дыхания	
6. Ощущение напряжения в мышцах	
7. Повышенная утомляемость	
8. Дрожь в руках, судороги	
9. Аллергия или иные кожные высыпания	
10. Повышенная потливость	
11. Снижение иммунитета, частые недомогания	
12. Быстрое увеличение или потеря веса тела	
Итого:	

Для подсчета суммарного показателя используется следующая схема¹¹⁵.

Наличие каждого симптома из интеллектуальных или поведенческих признаков стресса оценивается в 1 балл, каждый симптом из эмоционального списка оценивается в 1,5 балла, а каждый симптом из физиологического списка оценивается в 2 балла. Таким образом, общая максимальная сумма по всему списку теоретически может достигать 66.

Показатель от 0 до 5 баллов считается хорошим: это означает, что в данный момент жизни у Вас сколь-либо значимый стресс отсутствует.

Показатель от 6 до 12 баллов означает, что Вы испытываете умеренный стресс, который может быть компенсирован с помощью рационального использования времени, периодического отдыха и нахождения оптимального выхода из сложившейся ситуации.

Показатель от 13 до 24 баллов указывает на достаточно выраженное напряжение эмоциональных и физиологических систем организма, возникшее в ответ на сильный стрессорный фактор, который Вам пока не

¹¹⁵ Шербатов Ю.В. Стресс и счастье на одну букву. Практическое руководство по преодолению стресса. – Изд.: Феникс, 2011 г.

удалось компенсировать. Здесь уже требуется применение специальных методов преодоления стресса, которые будут приведены в данной книге.

Показатель от 25 до 40 баллов указывает на состояние сильного стресса, для успешного преодоления которого желательна помощь психолога или психотерапевта. Такой показатель стресса говорит о серьезных предпосылках возникновения кризисных состояний.

Очень часто стрессоры действуют одновременно, а их отрицательное воздействие на ребенка накапливается. При регулярном, повторяющемся стрессе возникает хронический стресс. Чувствительный к стрессу ребенок ощущает на себе его воздействие при возникновении малейших трудностей или перемен. Срабатывает принцип «последней капли»¹¹⁶.

Ниже приведены некоторые высказывания детской аудитории Всероссийской линии Детского телефона доверия (г. Москва):

1. «Я очень одинок, меня никто не понимает...».
2. «Меня бросили, я не знаю как это пережить...».
3. «Я все время боюсь опозориться перед классом...».
4. «Я боюсь отчима...».
5. «В классе все надо мной смеются, обзываются, прячут мои вещи...».
6. «Мои подруги сняли на мобильный телефон меня пьяную. Если покажут в классе, я умру от стыда...».
7. «У меня опять замечание и двойка в дневнике. Я боюсь идти домой, отец меня убьет...».
8. «Я видела как папа целовался с другой женщиной... Я хочу его убить...»
9. «Мне вчера дали попробовать наркотики... Мне очень плохо...».
10. «Все любят мою сестру, а я никому не нужен...».
11. «Я уверен, что я полный идиот, мама говорит, что я бездарь...».

Казалось бы, за несущественными (с точки зрения взрослого человека) обидами, страхами, чувствами скрываются серьезные переживания, с которыми взрослому ребенку не всегда под силу справиться в одиночку. Безусловно, устранить причину стресса в большинстве случаев невозможно. Кроме того, как уже говорилось выше, преодоление жизненных трудностей повышает самооценку человека, позволяет выработать приемлемый способ разрешения различных сложных ситуаций и т.д.

По мнению специалистов¹¹⁷, так как в большинстве случаев суицидальное поведение – это своеобразный крик о помощи, то в ситуации хронического стресса, негативного эмоционального климата в семье, при отсутствии позитивного опыта решения стрессовых ситуаций суицидальное поведение может закрепляться как способ хотя бы временного (либо очень быстрого) разрешения семейных и личных проблем. И

¹¹⁶ Камаровская Е.В. Помогите, у ребенка стресс! – СПб, 2012 г. – 176 с.

¹¹⁷ Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддитивное суицидальное поведение подростков. Обзор психиатрии и мед. психологии. 2005 г., 1: 24–6.

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.¹¹⁸

Вместе с тем родители, близкие детей могут привить ребенку навыки преодоления, совладания со сложными ситуациями, научить справляться со стрессом. Например, Камаровская Е.В. считает, что навыки противостояния стрессам можно освоить так же, как и правила дорожного движения¹¹⁹. Для того чтобы снизить воздействие стрессогенных факторов, научить ребенка самостоятельно справляться со стрессом, родителям необходимо:

1. Сохранять, поддерживать, культивировать благоприятную, спокойную, доброжелательную атмосферу в семье. В сложных ситуациях не паниковать, помнить, что «черную полосу всегда сменяет белая». Доброжелательное спокойствие членов семьи поможет убедить подростка, что не все потеряно, есть выход.
2. Всегда воспринимать проблемы и переживания ребенка серьезно, какими бы несущественными они ни казались. Не высмеивайте и не критикуйте ребенка, не торопитесь перечислять его ошибки. Поддерживайте в ребенке уверенность в том, что если что-то не получается, то не от того, что он неудачник, а потому, что так складываются обстоятельства, и Вы сопереживаете его чувствам и готовы всегда придти на помощь, если он эту помощь готов принять.
3. Стараться регулярно общаться, разговаривать с ребенком на темы, связанные с его переживаниями, чувствами, эмоциями. Обязательно обсуждайте ближайшее и далекое будущее. Старайтесь строить (не навязывать) перспективы будущего совместно с подростком. Что хочет подросток в будущем, как он видит свою жизнь? Чего бы он хотел добиться? Рассказывайте о своих переживаниях, мыслях, честные истории из жизни, в т.ч. и о преодолении Вами и знакомыми трудных, казавшихся неразрешимыми жизненных ситуаций. Обычный разговор по душам способен заставить подростка поверить в свои силы. Посочувствуйте, скажите, что Вы понимаете, как ему сейчас трудно. Дети, которые чувствуют поддержку и искреннее сочувствие родителей, справляются со стрессом быстрее.
4. Не препятствовать подростку в принятии самостоятельных решений (не влияющих на жизнь и здоровье его и других людей). Научите ребенка, прежде чем принять любое решение, просчитать последствия своих действий и меру ответственности, которую он готов взять на себя за реализацию этого решения. Постарайтесь задавать открытые вопросы, которые требуют от ребенка подумать и ответить, не огра-

¹¹⁸ Там же.

¹¹⁹ Камаровская Е.В. Помогите, у ребенка стресс! – Изд.: Питер, 2012 г. – 176 с.

ничиваясь односложным «да» или «нет» (например: «Какие «за» и «против» этого решения?», «На что это больше всего повлияет?», «Что подсказывает твоя интуиция?»).

5. Научить ребенка выражать свои эмоции в социально приемлемых формах (агрессию через активные виды спорта, физические нагрузки; душевные переживания через доверительный разговор с близкими, приносящий облегчение). Часто подростку сложно рассказывать о своих переживаниях родителям или сверстникам. С этой целью предложите ребенку завести тетрадь, в которой подросток будет рассказывать о своих переживаниях. Выложив эмоции на бумагу, он почувствует облегчение, освободившись от негативных мыслей.
6. Поощрять физическую активность ребенка. Стресс – это, прежде всего, физическая реакция организма, поэтому эффективно бороться с ним ребенку поможет любая деятельность, требующая физических усилий: всевозможные виды спорта, пение, танцы... Не следует чрезмерно поощрять в ребенке дух соревнования или стремление к общественному признанию, ведь это тоже давление, которого и так немало¹²⁰. Старайтесь не вынуждать подростка тратить силы на то, что ему не интересно, но постарайтесь определить совместно с подростком, каким активным дополнительным занятием он хотел бы заниматься.
7. Поддерживать и стимулировать творческий ручной труд подростка. Даже если Вам кажется, что он «впадает в детство» и ничего полезного не делает (рисование, плетение «фенечек», украшение одежды, склеивание моделей), все это является своеобразной «разрядкой», несет успокоение, через работу воображения подросток отвлекается от негативных переживаний, повседневных проблем.
8. Заботиться о том, чтобы подросток «принимал» свое тело, не отвергал свои телесные ощущения (в этом помогут занятия йогой, специальные психологические тренинги). Старайтесь сохранять контакт с взрослеющим ребенком, в том числе на телесном уровне (объятия, прикосновения, поглаживания).
9. Поощрять ребенка к заботе о ближних (старшее поколение, младшие дети, домашние питомцы). Приятные необходимые обязанности, ощущение, что «кто-то от меня зависит», «без меня не справится», «я нужен кому-то» являются в жизни дополнительным ресурсом для подростка.
10. Поддерживать семейные традиции, ритуалы. Причем хорошая семейная традиция должна быть интересна, полезна и любима всеми поколениями семьи. Другими словами, семейные ритуалы можно и нужно трансформировать с течением времени, чтобы младшее поко-

¹²⁰ Камаровская Е.В. Помогите, у ребенка стресс! – Изд.: Питер, 2012 г. – 176 с.

ление с удовольствием участвовало в них, а не воспринимало их как неотвратимое, скучное, бесполезное времяпрепровождение.

11. Стараться поддерживать режим дня подростка (сон, режим питания). Чаще давайте подростку возможность получать радость, удовлетворение от повседневных удовольствий (вкусная еда, принятие расслабляющей ванны, красивая одежда, поход на концерт, в кафе и т.д.).
12. Научить ребенка применять навыки расслабления, регуляции своего эмоционального состояния (см. далее) в сложных, критических для него ситуациях.

Психологи рекомендуют детям и подросткам применять в сложных для них ситуациях простые упражнения для расслабления¹²¹. Эти упражнения можно освоить вместе с ребенком и выполнять их регулярно как зарядку (точнее разрядку).

Упражнения для расслабления

Дыхание

Когда ты сильно переживаешь или взволнован, у тебя изменяется частота дыхания. Дыхание становится неровным, поверхностным. Ты можешь почувствовать, что тебе не хватает воздуха. Контролируй свое дыхание: замедляй его, используя нижнюю часть легких (дыши животом), и сконцентрируйся, выдыхая весь воздух. Медленно выдохни воздух, а затем спокойно сделай вдох. Сделай это несколько раз. Быть расслабленным – это значит спокойно дышать.

Упражнения для снятия мышечного напряжения, восстановления сил и обретения спокойствия

Напряги каждую мышцу своего тела как можно сильнее. Побудь в таком состоянии пару секунд и расслабься. Повторяй до тех пор, пока не почувствуешь, что тебе стало легче.

Закрой глаза. Вспомни ситуацию, когда тебе было хорошо. Представь ее в мельчайших подробностях и то место, где она происходила. Побудь в этом месте какое-то время. Запомни это состояние. Это поможет тебе успокоиться.

Техники, применяющиеся для снижения уровня тревоги и страха¹²²

Упражнение 1. Экстренное расслабление мышц

1. Слегка согнуть обе руки в локтевом суставе и сильно сжать кулаки.
2. Сфокусировать внимание на напряжении в руках и сосчитать до 5 или 7.
3. Плавно опустить руки.
4. Сконцентрировать внимание на ощущениях в руках (может появиться тепло, холод, тяжесть, легкость и т.п. – у каждого че-

¹²¹ Как помочь самому себе справиться со сложной ситуацией? Практическое руководство для детей и подростков // Памятка несовершеннолетнему. – М.: МГППУ, 2012 г.

¹²² Приемы психологической саморегуляции. Методическое пособие. ГУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России. – М. 2006 г.

ловека спектр ощущений индивидуален). Побывать в таком состоянии не менее 30 сек.

Кроме того, любая физическая активность также приводит к избавлению от излишнего физического напряжения и, соответственно, уменьшает эмоциональное беспокойство.

Затем необходимо нормализовать свое дыхание.

Для этого можно использовать технику глубокого дыхания. В ситуациях, когда время предельно ограничено, дыхательную технику можно использовать самостоятельно (без других приемов) для достижения спокойствия.

Упражнение 2. Техника глубокого дыхания¹²³

1. Делаем глубокий вдох, длящийся не менее 2-х секунд (для отсчета времени можно мысленно произносить: «одна тысяча, две тысячи», – это как раз и займет ориентировочно 2 секунды).
2. Задерживаем дыхание на 1–2 секунды, то есть делаем паузу.
3. Выдыхаем медленно и плавно в течение 3-х секунд, не менее (обязательно выдох должен быть длиннее вдоха).
4. Затем снова глубокий вдох без паузы, то есть повтор цикла. Повторяем 2–3 цикла (предел – до 3-х, максимум до 5-ти за один подход). При навязчивых мыслях можно попробовать сфокусировать внимание:
 - на движении воздуха по дыхательным путям;
 - на движениях грудной клетки;
 - на температуре вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, улавливая разницу.

Упражнение 3. Оценка происходящего (используется при тревоге, ожидании неприятной, критической ситуации)¹²⁴

1. «Что я могу изменить в этой ситуации?»
2. «Что я не могу изменить в этой ситуации?»
3. После оценки ситуации продумайте план действий для преодоления того, что можно изменить (крайне важно не допускать появления состояния полной апатии и безразличия).
4. Заполните время возможными действиями. Для этого Вам необходимо продумать план действий:
 - на ближайшее время (15, 30 минут);
 - на ближайший час;
 - на день.

После продумывания плана приступить к реализации намеченного. Если условия ситуации исключают возможность каких-либо действий, займитесь мыслительной деятельностью: решайте какие-либо задачи, вспомните таблицу умножения, упражняйтесь в сочинении стихов и т.д. Главное – займите себя и, при возможности, окружающих, деятельностью.

¹²³ Там же.

¹²⁴ Там же.

Техники, которые Вы можете использовать самостоятельно и с детьми¹²⁵

1. Можно выполнять сидя или стоя. Выпрямите спину, глубоко вдохните через нос, и медленно выдохните через рот, вытянув губы трубочкой.
2. Можно выполнять сидя или стоя. В исходном положении стоя или сидя сделать полный вдох. Затем, задержав дыхание, вообразить круг и медленно выдохнуть в него. Этот прием повторить четыре раза. После этого вновь вдохнуть, вообразить треугольник и выдохнуть в него три раза. Затем подобным же образом дважды выдохнуть в квадрат. После выполнения этих процедур обязательно наступит успокоение.
3. Техника «гармошка». Представьте: ваш страх – гармошка, играющая в груди. Выдохните до предела – гармошка сжата. Теперь, полно вдыхая с любым звуком, растягивайте ее до отказа... Теперь снова сжимайте, в любом темпе с любым звуком, чем громче, тем лучше...
До отказа сожмите, выдохните, подождите чуть-чуть, снова разожмите... Повторите 7–12 раз с полным сосредоточением. В конце упражнения от страха не останется и следа.
4. Медленно, сильно и глубоко вдохните, можно с небольшими толчками; вдыхайте дальше до предела, до надувания щек, до «раздувания» всего тела.
Представьте, что воздух уже входит в кости. Задержите воздух на пике вдоха, почувствуйте, как он упирается в диафрагму, поиграйте ею, «помассируйте» нижележащие органы. Все! Выдыхайте так же полно, под конец выдоха сложите губы трубочкой.
5. Сильно разогните одни лишь запястья, и растопырьте пальцы обеих рук, желательна также и ног (тесная обувь может этому помешать), можно в виде последовательных сжатий – разжатий.
6. Метод замедленного дыхания:
 - сосредоточьтесь на дыхании;
 - дышите диафрагмой (грудь, плечи не двигаются);
 - при выдохе задержите дыхание на 10 сек., глубоко не вдыхайте;
 - медленно выдохните;
 - считая до трех, вдохните и, также считая, выдохните. Продолжайте считать на счет три, стараясь не делать глубоких вдохов. Успокойте дыхание, чтобы на каждый вдох-выдох приходилось по три секунды;
 - подышите в таком темпе;
 - если Вы все еще паникуете, задержите дыхание на 10 сек. и повторите упражнение.

¹²⁵ Приемы психологической саморегуляции. Методическое пособие. ГУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России. – М., 2006 г.

7. *Метод резиновой ленты.*

Носите вокруг запястья резинку. Почувствовав приближение паники, оттяните ее. Пусть она с достаточной силой щелкнет Вас по руке. Резкое болезненное ощущение отвлечет ваше внимание от поступающих симптомов и даст время применить другие техники для контроля страха.

8. *Техника «Янтарный шар».*

Представьте над собой янтарный, теплый, светящийся изнутри шар небольшого размера. Этот шар начинает Вас обволакивать, как конфету, сверху донизу. В этой оболочке Вы надежно спрятаны. На Вас не может подействовать ни посторонний взгляд, ни сказанное слово, ни один человек не в состоянии причинить вам вред. Теперь Вы надежно защищены янтарной энергией янтарного шара. Осмотритесь вокруг, решите, какие дальнейшие действия теперь Вы должны совершить¹²⁶.

Перечисленные выше советы являются не только мерами профилактики стресса, тревоги, страхов у ребенка, но способствуют профилактике возникновения возможных антивитальных настроений у подростков. Эти рекомендации прежде всего основаны на главном принципе оказания экстренной психологической помощи – поиске ресурсов для восстановления человека после психотравмирующего события. *Ресурсы подростка* – это те сильные стороны, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодоления кризиса.

В своей работе по помощи подросткам, оказавшимся в кризисных ситуациях психологи опираются на те ресурсы, которыми обладает сам человек – это могут быть как внутренние ресурсы (инстинкт самосохранения, вера, надежда на будущее, нереализованные желания и т.д.), так и внешние ресурсы (обязательства перед близкими, необходимость продолжать начатое дело, хобби или увлечение чем-либо и т.д.). Кроме того, превентивная работа психолога, работающего с суицидальными рисками, обычно направлена на построение жизненных перспектив, образа положительного будущего подростка.

3.2 Как правильно построить разговор с подростком

Как начать сложный разговор по душам?

1. **Не впадайте в панику.** Ничего страшного пока не произошло.
2. Прежде всего, постарайтесь **успокоиться** (можно применить некоторые техники саморегуляции эмоционального состояния, описанные в разделе 3). Помните, что Ваше эмоциональное состояние очень быстро передается ребенку, поэтому так важно сохранять доброжелательный, спокойный настрой.

¹²⁶ Приемы психологической саморегуляции. Методическое пособие. ГУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России. – М., 2006 г.

3. Перед началом разговора проговорите про себя, как **Вы любите** своего ребенка, настройте себя на то, что любые трудности в жизни можно преодолеть, что ценнее Вашего ребенка никого и ничего нет. То же самое можно и нужно сказать своему ребенку.
4. **Выслушивайте и постарайтесь услышать.** Задавайте вопросы, давайте возможность высказаться, будьте честны в своих ответах. Подростка необходимо уверить, что он может говорить о своих переживаниях без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь, злоба или желание отомстить. Когда подсознательно беспокоящие мысли осознаются, проговариваются, беды кажутся не такими фатальными и более разрешимыми. Внимательно отнеситесь ко всему, сказанному ребенком, обращайтесь даже на самые незначительные, на первый взгляд, обиды и жалобы. Подросток может явно не показывать свои чувства, но вместе с тем испытывать сильнейшие переживания.
5. **Обсуждайте** – открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Большинство подростков чувствуют неловкость, говоря о своих проблемах (особенно о мыслях, связанных с нежеланием жить), но если ребенок говорит о самоубийстве, то беседа об этом не может усугубить его состояние, напротив, игнорирование этой темы увеличивает тревожность, недоверие. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, постарайтесь не выражать потрясения от того, что услышали. Будьте внимательны даже к шутивным разговорам на тему нежелания жить. Любую угрозу следует воспринимать всерьез.
6. **Подчеркивайте** временный характер проблем, вселяйте надежду. Расскажите о своих (возможно схожих) переживаниях и о том, как и при каких обстоятельствах Вы смогли справиться с ними. Аккуратно упоминайте о вещах важных для ребенка, вспоминайте ситуации, когда ребенок был успешным, когда он справился с трудной ситуацией. Саморазрушение происходит, если подростки теряют надежду, оптимизм, а их близкие не помогают обрести им уверенность в себе. Укрепляйте силы ребенка, внушайте, что с любой кризисной ситуацией можно справиться, но не обесценивайте переживаний ребенка.
7. **Ищите** конструктивные выходы из ситуации. Стройте совместные планы на будущее. Попросите ребенка совместно с Вами поразмыслить над альтернативными решениями, которые, возможно, кажутся на первый взгляд невыполнимыми, абсурдными, которые еще не приходили подростку в голову. Необходимо, чтобы ребенок точно понял, в чем его проблема и как можно точнее определил, что ее усугубляет. Если проблема кажется пока неразрешимой, подумайте, как можно ослабить переживания, негативные чувства по отношению к ней. Проясните, что остается, тем не менее значимым, ценным для ребенка. Кто те люди, которые для него небезразличны? Какие

цели, значимые для ребенка, достижимы? И теперь, когда ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо новых решений? Не появилась ли надежда?

8. В конце разговора **заверьте** ребенка в том, что без его согласия Вы не расскажете близким, родственникам о состоявшемся разговоре. Заверьте ребенка в своей поддержке в любой трудной для него ситуации. Договоритесь о том, что впредь, оказавшись в критической ситуации, он не будет предпринимать каких-либо действий, прежде чем не поговорит с Вами, чтобы Вы еще раз смогли обсудить дальнейшие пути решения.
9. После откровенного серьезного разговора ребенок может почувствовать облегчение, но через какое-то время может опять вернуться к негативным мыслям. Поэтому важно **не оставлять** подростка в одиночестве даже после успешного разговора. Проявляйте настойчивость – человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие утвердительные указания. Убедите ребенка в том, что он сделал верный шаг, приняв Вашу помощь. Далее следует рассмотреть и другие возможные источники помощи: родственников, друзей, близких, к которым можно обратиться. Если Вы или Ваш ребенок не хотите идти на прием к специалисту (психологу, психотерапевту, врачу), то Вы можете обратиться за анонимной помощью по телефону доверия (см. раздел 3.3).

Считается, что подростки обсуждают только со сверстниками вопросы о жизни, смерти, одиночестве, чувствах, а со взрослыми вряд ли захотят делиться. Однако подросткам пока не хватает личного опыта и мнение взрослого им очень важно. Главное, чтобы разговор по душам не превратился в нравоучения. Кроме того, ребенок должен быть уверен, что в результате своей откровенности он не будет отвергнут или наказан. Необходимо показывать подростку, что Вы хотите поговорить о его чувствах и что Вы не осуждаете его за эти чувства.

Далее приведена сравнительная таблица, которая помогает понять, что рекомендуется говорить, а чего следует избегать родителям во время разговора с подростком.

Нет	Да
<p>Во время разговора с подростком постарайтесь избегать:</p> <ul style="list-style-type: none"> – осуждения, критики, обвинений, угроз, споров; – допросов, расследования; – указаний, приказов; – морализирования, поучений; – высмеивания; – невыполнимых обещаний. 	<p>Во время разговора с подростком постарайтесь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – поощрять открытое выражение мыслей и чувств (дать ребенку высказаться, поплакать, выразить свои чувства, в т.ч. и агрессивные); – быть понимающим и заботливым; – слушать, задавая вопросы; – повторять, перепаразировав основные мысли ребенка, для того чтобы дать понять, что Вы слышите и понимаете его («Другими словами ты хочешь сказать, что...»); – иногда «держать паузу» (для того чтобы дать ребенку собраться с мыслями); – предложить помощь, сотрудничество в решении проблемы; – вселить надежду (в т.ч. вспоминая, как ребенок или кто-то из близких справлялся с похожей ситуацией).
<p>Во время разговора с подростком:</p> <ul style="list-style-type: none"> – не пытайтесь сразу разуверить его или утешить; – постарайтесь не держаться в секрете то, о чем Вы думаете. 	<p>Сначала выслушайте ребенка, если его слова Вас пугают, скажите об этом прямо. Его поздно обещать: ему нужна помощь, а не заверения о том, что все в порядке.</p>
<p>Подростки чрезмерно эмоциональны, что обусловлено активностью гормональных процессов. Часто подросток сам отделяется от взрослого и говорит: «Отстаньте»; для его возраста это нормально, поэтому нельзя говорить: «В таком тоне я не стану с тобой разговаривать», «Успокойсь, тогда поговорим». Тем более недопустимо выгонять ребенка из дома, говоря: «И обратно не приходи». Такие слова нередко срываются с родительских уст и порой служат последним «напутствием».</p>	<p>Иногда необходимо перетерпеть слезы, крики, нервный срыв подростка, чтобы снизить накал эмоций и чтобы они не привели к непоправимому. Если скандал уже разгорелся, нужно, сохраняя свою правоту, заставить себя сделать паузу, остановиться, замолчать. Заверьте ребенка, что у него есть возможность обратиться за помощью в любой момент: «Я тебе задаю вопросы, потому что ты мне дорог, я тебя люблю. Но ты можешь не отвечать, если не хочешь. Но если тебе нужно поговорить, помни – я всегда рядом и всегда готов прийти к тебе на помощь».</p>
<p>В своем желании узнать все тайные мысли ребенка надо не переусердствовать: «Ты сейчас же расскажешь мне все, что задумал», «Я вижу тебя навскось», «Думаешь, я не знаю, что ты задумал?».</p>	<p>Если ребенок не решаетесь проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, Вам удастся подсказать ему ответ, заметив: «Мне кажется, ты очень расстроена», или «По моему мнению, ты сейчас заплачешь». Можно сказать: «Похожье, у тебя что-то страшное. Что тебя мучает? Может, если ты поделишься своими проблемами со мной, я постараюсь понять тебя».</p>

Нет	Да
<p>Иногда подростки считают, что их никто не понимает, даже их собственные родители. Постарайтесь не укреплять ребенка в этом, говоря: «Да, тебя бывает трудно понять», «Кто же может понять современную молодежь?».</p> <p>Иногда люди, отговаривая кого-то от страшного шага, говорят: «Подумай, какой позор ты навлечешь на свою семью?».</p>	<p>Возможно, за этим высказыванием скрывается именно тот замысел, ради которого человек хочет осуществить свой последний шаг. В этой ситуации можно сказать: «Несмотря на все разногласия, конфликты в семье, мы все очень любим тебя и не хотим, чтобы тебе было больно. Мы всегда будем рядом с тобой, готовы тебя поддерживать». Важно донести до ребенка, что его любят и готовы поддержать в любую минуту: «Что бы ни случилось в жизни, ты всегда можешь прийти ко мне и я не буду тебя осуждать. Нет ничего такого, чего я не смог бы тебе простить. Я никогда тебя не брою!». Подросток должен знать, что его любят всякими, что бы он ни сделал, родителям гораздо лучше с ним, чем без него. Тогда у ребенка не будет страха, что лучше покончить с жизнью, чем поговорить с папой и мамой. Ребенок должен в семье слышать: «Ты самый любимый!», «Что бы мы без тебя делали!», «Расскажи мне, что с тобой?», «Ты очень много можешь!», «Я помогу тебе...», «Я радуюсь твоим успехам!», «Как хорошо, что ты у нас есть!».</p>
<p>Обсуждая с ребенком его мысли, чувства, ситуацию, из которой он ищет выход, не нужно предлагать упрощенных решений типа: «Ложись спать, наутро ты почувствуешь себя лучше», «Все пройдет – пройдет и это, потом будешь вспоминать и смеяться», «Все наладится само собой».</p>	<p>Попытайтесь совместно рассмотреть альтернативные способы выхода из сложившейся ситуации: «Что произойдет, если ты сейчас не сделаешь этого, не осуществишь свои намерения, а попробуешь...». Когда ребенок утнетен, расстроен, подавлен сложившейся ситуацией, необходимо помочь ему найти в прошлом опыте случаи успешного совладания с трудностями, стрессами, разочарованиями, поддерживать позитивные мысли, действия. Нужно помочь ребенку понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.</p>
<p>Не обесценивайте переживания ребенка («У тебя будет еще много таких Маш, Нагаш – не стоит так убиваться из-за какой-то девчонки...»), «Не говори глупостей. Давай поговорим о чем-нибудь другом».</p>	<p>Для подростка это первое переживание любви, предательства, одиночества и оно самое сильное. Ребенок будет доверять Вам больше, если почувствует, что Вы не просто банально утешаете, а принимаете и понимаете его боль, разделяете ее, искренне сочувствуете его переживаниям.</p>

Нет	Да
<p>Избегайте фраз типа: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других, тебе надо благодарить жизнь, судьбу...». «Другим в жизни гораздо хуже, они недодают, жить негде, родителей нет и т.д.», «Мне было хуже, и ничего, не умер», «Возьми же, наконец, себя в руки», «Ты – тряпка, а не мужчичина». Эти высказывания сразу блокируют дальнейшее обсуждение, такие замечания вызывают у, и без того, несчастного человека еще большую подавленность. Желая помочь, таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.</p>	<p>Больше говорите об ответственности, которую мы несем за свою жизнь. Ваша задача – донести мысль о том, что сведение счетов с жизнью – это грех. Эту мысль можно донести на языке религии и на бытовом уровне (это малодушие, трусость, это то, чего уже нельзя исправить). Беседы, размышления о смерти не приводят к попыткам свести счеты с жизнью. Ребенок может почувствовать облегчение от осознания своей проблемы, понимания того, что такое потеря, что, невозможно воскресить, вернуть к жизни. Для продолжения разговора можно сказать: <i>«Ты очень много значишь для меня и я беспокоюсь по поводу твоего настроения. Скажи мне, что происходит», «Иногда все мы чувствуем себя подавленными, неспособными что-либо изменить. Давай подумаем, какие у тебя проблемы и какую из них надо решить в первую очередь».</i></p>
<p>Не скрывайте от детей факта смерти – будь то смерть человека или домашнего животного. Смерть хоть и трагически, но естественным образом присутствует в жизни, и не стоит создавать для ребенка искусственный мир.</p>	<p>Если у ребенка появились вопросы о жизни, о смерти, о ценностях, не избегайте разговоров о смерти, начиная с самого раннего возраста, объясните, что смерть – это не игра, это порог, из-за которого уже не вернуться, после которого нельзя нажать на кнопку «отмена действия». Можно использовать различные метафоры, притчи, художественные, литературные образы, личный опыт. Такие разговоры помогают развеять таинственность (даже иногда романтику), которая окружает смерть для подростка.</p>
<p>В завершение разговора похвалите ребенка за открытость: <i>«Я очень ценю то, что ты поделился своими чувствами, сейчас от тебя требуется много мужества».</i> Далее попробуйте договориться с подростком о дальнейших действиях (его, своих, совместных) по преодолению кризисной ситуации. Побуждайте подростка к словесному оформлению планов предстоящих поступков. Помогайте строить позитивные планы на будущее, совместно выявляйте желания и мечты, ради реализации которых подростку захочется идти вперед. Внушайте ребенку уверенность в том, что все запланированное у него получится. Напомните об имеющихся у него навыках решения проблем и постарайтесь привлечь его прошлый опыт для разрешения настоящей ситуации. Договоритесь о том, что если у ребенка будут возникать подобные ситуации, чувства, переживания, то он прежде всего поделится ими с Вами.</p>	

Что можно сделать для того, чтобы помочь ребенку?

1. **Будьте внимательны к любым признакам возможной опасности.** Запомните маркеры суицидального поведения (см. раздел 2.4). Наблюдайте за своим ребенком и его друзьями. Поделитесь опасениями с взрослым окружением детей: чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем выше шансы предотвращения потенциальных подростковых попыток суицида. Не считайте, что подростки лишь пугают и манипулируют взрослыми и что в критической ситуации они не способны и не смогут решиться на последний шаг. Не позволяйте другим вводить Вас в заблуждение относительно несерьезности заявлений подростка. Если Вы предполагаете риск суицида в отношении близкого или просто знакомого Вам человека, действуйте в соответствии со своими убеждениями. Опасения, что Вы преувеличите потенциальную угрозу, ничто по сравнению с тем, что может произойти непоправимое из-за вашего невмешательства.
2. **Принимайте ребенка как личность.** Это значит просто любить его таким, какой он есть, возможно, не оправдывающего всех надежд родственников, возможно, не добивающегося каких-то высот, иногда огорчающего, обижающегося, несносного. Очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений с подростком, от того, действительно ли он ощущает поддержку, любовь близких. Выражайте поддержку, ободряйте не только словами, но и улыбкой, жестами, прикосновениями.
3. **Будьте собеседником.** Очень часто подростки особенно сильно испытывают чувство одиночества, отчуждения. С одной стороны, им кажется, что никто их не понимает, с другой стороны, они страдают от невозможности поделиться своими переживаниями, своим душевным смятением. В таких ситуациях подростки не настроены принимать советы, они гораздо больше нуждаются в обсуждении, проговаривании своей боли, им бывает трудно сосредоточиться на чем-то, кроме ощущения своей потерянности, безысходности ситуации. Выслушивайте подростка особенно внимательно, когда он выражает свои чувства, будь то печаль, вина, страх или гнев. Не спорьте с подростком, а задавайте вопросы, давая возможность выговориться. Вместе с тем, не только спрашивайте, но и сами честно высказывайте свои мысли, чувства, переживания.
4. **Оцените степень риска, критичности ситуации.** Постарайтесь определить серьезность мыслей подростка о нежелании жить. Мысли, намерения и непосредственная готовность к действиям могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о таком способе «решения всех проблем» и кончая разрабатываемым планом суицида (посещение сайтов, где рассказывается о способах самоубийства; неожиданный интерес к лекарствам, хранящимся дома;

«завершение дел», дарение личных вещей друзьям). Несомненно то, что потенциальный риск тем выше, чем более подробно разработан план/метод самоубийства.

5. **Не оставляйте ребенка одного в кризисной ситуации.** Оставайтесь с ним как можно дольше (даже если придется взять отпуск на работе). Возможно, придется попросить родных помочь присматривать за ребенком, постоянно находиться рядом с ним. Подготовьте себя и ребенка к тому, что если ситуация будет ухудшаться, необходимо будет обратиться за помощью к специалистам системы здравоохранения (вызвать скорую медицинскую помощь, обратиться в кризисный центр, кабинет кризисной помощи при поликлинике (см. раздел 3.3). Проявляйте постоянную заботу и поддержку, даже если Вам кажется, что критическая ситуация миновала. Иногда на то, чтобы окончательно изжить в себе суицидальные намерения, подросткам требуется не меньше трех месяцев.
6. **Обратитесь за помощью к специалистам.** Безусловно, никто не знает Вашего ребенка лучше, чем Вы сами. К сожалению, ребенок, переживая кризис подросткового возраста, может отвергать помощь родителей, считая их «несовременными», «непонимающими». Вместе с тем, он склонен обращаться за помощью к сверстникам, друзьям, но может прислушаться и к авторитетным для него взрослым. Подросток, находящийся в кризисной ситуации, в депрессивном состоянии, часто имеет суженное поле зрения, своеобразное «туннельное» сознание, концентрируясь только на своей «безвыходной» проблеме. Помочь увидеть альтернативные выходы может человек, независимый от личной, семейной ситуации ребенка. Таким независимым помощником может стать священник (при условии искренней веры ребенка), психолог кризисного центра, специалист детского телефона доверия. Если подросток не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним вариантом может стать обращение к семейному психотерапевту. В случае семейной терапии все члены семьи получают психологическую поддержку, озвучивая, проговаривая свои мысли, совместно вырабатывая более комфортный стиль семейной жизни. Если психолог, психотерапевт рекомендует обратиться за помощью в медицинское учреждение (например, психиатрическую больницу), не отказывайтесь, промедление может быть опасным. Если Вы почувствовали, что в семье начинается шантаж угрозой самоубийства, то обращаться к специалистам надо незамедлительно и решать проблему комплексно.

Если подросток предпринимал попытку расстаться с жизнью, необходимо помнить следующее:

- После неудавшейся попытки суицида подростку обычно уделяется повышенное внимание (со стороны родителей, близких, друзей, учи-

телей). Спустя некоторое время жизнь входит в привычное русло. Кажется, что худшее уже позади. Однако подросток может возвращаться в нормальное состояние медленнее, чем хотелось бы окружающим. В этот период у него могут возникнуть мысли, что близкие к нему охладели, занимаются своими делами, отвернулись от него. Подросток может захотеть вернуть внимание окружающих очередной суицидальной попыткой. В этом случае близким надо быть настороже, регулярно наблюдаться у специалиста¹²⁷.

- Немало суицидальных попыток не воспринимается окружающими всерьез, особенно если эти попытки были заведомо не серьезными (слабые порезы на руках, малое количество снотворных таблеток и т.д.). Зачастую близкие с легкостью относятся к таким поступкам, порой не замечая их вовсе или раздражаясь (например: «Она просто хотела привлечь к себе внимание»). Опыт работы с самоубийцами показывает, что к каждой суицидальной попытке следует относиться со всей серьезностью, какой бы безвредной и легкомысленной на первый взгляд она ни казалась¹²⁸.

Знаете ли Вы, как ответит Ваш ребенок на следующие вопросы:

1. В чем смысл жизни?
2. Как ты представляешь свою жизнь через 5, 10, 15 лет?
3. Что определяет смысл жизни – судьба или сам человек?
4. Для чего живет человек? Зачем пришел он в этот мир?
5. О чем бы ты попросил судьбу, чтобы твоя жизнь стала интереснее?
6. За что тебя любят близкие?
7. Лишая себя жизни, человек проявляет силу или слабость?
8. Кто из твоих близких может тебе помочь в трудной ситуации?
9. В чем должна заключаться эта помощь?
10. Кому ты можешь помочь? В какой проблеме или ситуации?
11. Чем ты можешь помочь человеку, оказавшемуся в трудной ситуации?

Если Ваш ответ «нет», то может быть стоит узнать у Вашего ребенка, **как он ответит на них? А как Вы ответите на них?**

Полезная литература для родителей:

1. *Вроно Е.М.* Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. – М.: Академический проект, 2001 г.
2. *Гиппенрейтер Ю.Б.* Общаться с ребенком. Как? – Изд-во: ЧеРо, ТЦ СФЕРА, 2007 г.

¹²⁷ *Вроно Е.М.* Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. – М.: Академический проект, 2001 г.

¹²⁸ *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001 г. – 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.

3.3 Когда и куда надо обращаться за консультацией специалистов?

Некоторые симптомы, при наличии которых надо обращаться к психологу:

- непонимание своего ребенка, напряженная атмосфера в семье;
- конфликтность по отношению к другим (семейные конфликты, конфликты со сверстниками);
- агрессивность по отношению к окружающим;
- зависимости (компьютерная, пищевая);
- резкая негативная смена увлечений, окружения;
- смена настроения, переживания, печаль, обиды, подавленность и т.д.;
- негативные изменения в поведении (склонность к уходу из дома, хулиганство, воровство и т.д.);
- резкое снижение успеваемости в школе;
- изменения в самооценке;
- нарушения сна, повышенная утомляемость;
- неверие в свое будущее, негативная оценка настоящего и будущего и пр.

*Некоторые симптомы, при наличии которых надо обращаться к психиатру*¹²⁹:

- длительное (более одного месяца) повышение или понижение настроения;
- суицидальные попытки;
- параноидальные идеи, бред, галлюцинации, различные фобии (страхи);
- длительная бессонница;
- зависимости (от алкоголя, наркотиков);
- сильная тревога и пр.

Инфраструктура медико-психологической помощи в столичном регионе¹³⁰

Подразделения, оказывающие экстренную и кризисную медико-психологическую помощь несовершеннолетним и их семьям в Москве:

- Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков, Адрес: 119334, г. Москва, 5-й Донской пр-д., д. 21А, тел. справочной службы: 8 (495) 952–49–20.
- Кризисный центр при больнице № 20 (с 15 лет), тел.: 8 (495) 471–11–38 (с 9.00 до 14.00 кроме сб., вскр.), госпитализация – тел.: 8 (495) 471–21–63.

¹²⁹ Современная практика показывает, что на учет в психоневрологических диспансерах ставят только в случаях хронических, тяжело текущих и требующих медикаментозного сопровождения заболеваний.

¹³⁰ Информацию о некоторых службах психологической помощи детям и родителям можно получить на сайте «Я-родитель» (проект Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации) [Электронный ресурс], – URL: <http://www.ya-roditel.ru/map/> (дата обращения: 26.06.2013).

- Отделение суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития РФ, тел.: 8 (495) 963–75–72 (консультации с возможной госпитализацией).
- Городская клиническая психиатрическая больница № 15, Медико-педагогический лечебно-реабилитационный центр по подростковой психиатрии для детей 15–18 лет. Психоневрологическая, консультативная, лечебно-реабилитационная и медико-педагогическая помощь, тел.:
8 (495) 324–54–89 – справочная;
8 (495) 324–54–59 – приемное отделение;
8 (495) 324–41–05 – клинко-диагностическое лечебно-реабилитационное отделение.
- Московская служба психологической помощи населению (отделения по всем округам г. Москвы), тел.: 8 (499) 173–09–09 – запись на прием.
- Экстренная медико-психологическая помощь при психоневрологическом диспансере № 14, тел.: 8 (499) 791–20–50 (амбулаторное лечение, консультации, стационар, в т.ч. для несовершеннолетних – только для жителей ЦАО).

Дистанционная помощь (Телефоны доверия, Интернет консультирование) для несовершеннолетних и их семей:

- Телефон горячей линии Центра экстренной психологической помощи МЧС России 8 (495)-626–37–07 (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Интернет служба экстренной психологической помощи МЧС России URL: <http://www.psi.mchs.gov.ru/> (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Телефон отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях в ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского» 8 (495) 637–70–70 (круглосуточно, бесплатно).
- Всероссийский детский телефон доверия 8 (800) 200–01–22 (звонок из любого региона РФ бесплатный, абонент попадает в службу своего региона, круглосуточно, анонимно).
- Телефон неотложной психологической помощи Московской службы психологической помощи населению 051 – звонок возможен только со стационарных городских телефонов, не мобильных, (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Детский телефон доверия Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» 8 (495) 624–60–01.

Подразделения «Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы» ГБОУ ГППЦ ДОгМ г. Адрес: Есенинский бул., 12, корп.2, тел.: 8 (499) 794–29–58, 8 (499) 172–10–19. Территориальные отделения в каждом административном округе города Москвы. Психологическая помощь обучающимся в образовательных организациях, подведомственных Департаменту образования города Москвы.

Другие организации:

- Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» (выезд в образовательные учреждения для профилактики суицидального поведения, после завершенных суицидов, попыток суицидов – по запросу образовательного учреждения, психологическое консультирование детей и подростков с родителями). Адрес: 119146, г. Москва, Шелепихинская наб., д.2А, тел.: 8 (499) 795–15–01, 8 (499) 795–15–07.
- Центр «Перекресток» ГБОУ ГППЦ ДОГМ, тел.: 8 (495) 674–36–68; 8 (926) 247–53–81.
- Государственное учреждение «Социально-реабилитационный Центр для несовершеннолетних «Красносельский» Центрального административного округа города Москвы (срочная социальная, психологическая, юридическая помощь несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации, профилактика безнадзорности и беспризорности), тел.: 8 (499) 975–27–50 (круглосуточно, бесплатно).
- Линия помощи «Дети онлайн» (служба телефонного и онлайн-консультирования для детей и взрослых по проблемам безопасного использования детьми и подростками интернета и мобильной связи), тел.: 8 (800) 250–00–15 (бесплатно, с 11.00 до 18.00 по рабочим дням).

На что обращать внимание при выборе психолога

Дети, пережившие трудную жизненную ситуацию, пережившие травму (в т.ч. попытку суицида), должны находиться под наблюдением специалиста в течение длительного времени (иногда нескольких лет), поскольку травматические реакции могут возвращаться спустя многие годы.

В случае если подросток проходил лечение в медицинском учреждении, необходимо выполнять все рекомендации, полученные в учреждении.

В случае если Вы считаете необходимым обратиться за помощью к психологу, Вам следует очень тщательно подойти к выбору психолога. Решившись обратиться к психологу, следует помнить:

- В психологии как и в любой другой сфере деятельности, существуют различные специализации и направления деятельности, например, психолог, консультирующий по вопросам детско-родительских отношений, детский клинический психолог, семейный психотерапевт и т.д. Специалистов, работающих с суицидальными рисками, не так много. Хорошо, если это будет клинический психолог, умеющий оказывать экстренную психологическую помощь при кризисных состояниях.
- Перед обращением к конкретному психологу желательно уточнить его образование, а также вопрос о повышении квалификации. У хорошего психолога обязательно должно быть высшее психологическое образование и свидетельства о повышении квалификации (одно стандартное повышение квалификации (курс) обычно включает 72 часа). При

первой консультации можно также спросить у психолога, проходил ли он личную психотерапию (психолог, который не прошел курс личной психотерапии, не знает себя и своих проблем, неизбежно будет проецировать их на клиента). Также психолог должен регулярно проходить супервизию (форма контроля повышения качества работы).

- Для психолога очень важен опыт работы. Если психолог работал или работает в государственном учреждении (центр психолого-педагогического медико-социального сопровождения, центр психологической помощи населению, кризисный кабинет при поликлинике и т.д.), вероятнее всего, у него есть/была обширная практика. Если психолог занимается только частной практикой, затруднительно определить его опыт работы. Кроме того, у психолога должен быть опыт работы именно с теми проблемами, с которыми Вы к нему обращаетесь.
- При выборе психолога можно поинтересоваться его статьями и другими публикациями (естественно, по профилю той проблемы, с которой Вы обращаетесь).
- Работа с психологом может быть длительной, поэтому необходимо выбирать наиболее удобный (с точки зрения расположения) вариант. Утомительные поездки могут стать причиной нежелания посещать консультации психолога.
- Профессиональный психолог перед началом психотерапии оговорит с клиентом условия работы и заключит контракт на психотерапию в устной или письменной форме, а также ответит на все интересующие вопросы касательно Вашей совместной работы.
- Психолог не должен вызывать у Вас (или ребенка) чувства отторжения, неприязни. После первого визита к психологу задайте себе (или ребенку) вопросы: Возникло ли у Вас ощущение, что Вас поняли? Был ли психолог приветлив, доброжелателен, уважительно ли разговаривал с Вами? Имела ли первая консультация хотя бы небольшой положительный эффект (Вам стало легче, Вы что-то поняли, у Вас появилась надежда на разрешение проблемы)?

Заключение

Подростковый суицид часто выступает как следствие неразрешенных проблем – проблем, которые близкие не увидели вовремя, не помогли справиться с ними. К сожалению, подчас взрослые создают тупиковую ситуацию для ребенка. Жить, как жил раньше, подросток не хочет, а что-то изменить не в силах. Обиженный, остро переживающий свое одиночество, ищущий себя в мире взрослых, он не находит защиты ни дома, ни в школе, ни в компании сверстников. Ребенок остается в одиночестве. Разразившиеся в доме скандалы, наказания, проблемы в школе, одиночество толкают его на страшный шаг.

Детский суицид практически всегда можно предотвратить: для этого необходимо чувствовать своего ребенка, слышать его, вовремя заметить тревожные сигналы. Заботливые родители, родственники, педагоги ни за что не оставят без внимания изменившееся поведение ребенка.

P.S. В книге намеренно не представлены цитаты из переписки подростков (находящиеся в открытом доступе в социальных сетях Интернета), не описываются способы суицидальных актов (в т.ч. групповых).

В книге намеренно не использовались фотографии людей, тексты предсмертных записок, страничек из Интернета (социальных сетей), визуальные образы актов самоубийства, средств самоповреждения и т.д.

Список литературы

1. *Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г. Терлецкая Р.Н.* Смертность подростков в Российской Федерации // Доклад, выполнен в Научном Центре здоровья детей РАМН по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2010. – 66 с.
2. *Амбрумова А.Г. Жезлова Л.Я.* Метод рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г. Амбрумова, Л.Я. Жезлова. – М.: I Тип. Мин. здравоохранения, 1978. – 13 с.
3. *Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Матафонова Т.Ю.* Выявление и предупреждение суицидального поведения среди несовершеннолетних. Памятка психологам образовательных учреждений / Основы безопасности жизнедеятельности. Информационно-методическое издание для преподавателей. – № 4, 2012. – С. 34–37 (начало), № 5, 2012. – С. 40–45 (окончание).
4. *Банников Г.С., Коньков С.А.* Индуцированные тревожно-депрессивные реакции в системе детско-родительских отношений (опыт совместного консультирования психолога и психиатра в условиях детской поликлиники) // Вестник ВятГГУ, № 3(3), 2012. – С. 142–144.
5. *Банников Г.С. Кошкин К.А.* Кризисные состояния у подростков (пре-суицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) в журнал Медицинская психология в России № 2 (19), 2013. [Электронный ресурс] – http://mpgj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php(дата обращения 25.09.2013).
6. *Бердяев Н.А.* О самоубийстве. – М.: МГУ, 1992. – 24 с.
7. *Бурлачук Л.Ф.* Психология жизненных ситуаций / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. – М., 1998. – 263 с.
8. *Вихристюк О.В.* Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология, 2013. – № 1. – URL: <http://psyjournals.ru/jmfr> (дата обращения: 25.06.2013).
9. *Вроно Е.М.* Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. М., Академический проект, 2001. – 40 с.
10. *Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М., Симпура Ю., Хлопушин Р.* Девиантность подростков: Теория, методология, эмпирическая реальность. Учебно-научное издание. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 200 с.
11. *Ефремов В.С.* Основы суицидологии. – СПб.: Издательство «Диалект», 2004. – 480 с.
12. *Идобаева О.А.* Исследование эмоционального неблагополучия современных подростков как предпосылка коррекционной работы школьного психолога : Дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.07. – М., 1998. – 143 с. РГБ ОД, 61:99–19/2–8.

13. Как помочь самому себе справиться со сложной ситуацией? Практическое руководство для детей и подростков // Памятка несовершеннолетнему, изд.: МГППУ, 2012. – 2 с.
14. *Камаровская Е.В.* Помогите, у ребенка стресс! – СПб: Питер, 2012. – 176 с.
15. *Козлов А.Б.* Время суток как предиктор суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2006. – № 6. – С. 55–60.
16. *Козлова Н.* Я ухожу от Вас // Российская газета, 24 октября 2012. [Электронный ресурс] – URL: <http://ppt.ru/news/111914> (дата обращения 25.06.2013 г.).
17. Комплексные исследования в суицидологии (Сб. статей) / Отв. ред. В.В. Ковалев. – М.: НИИ Психиатрии, 1986. – 218 с.
18. *Кондратенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А.* Общая психотерапия. – М.: Ин-т психотерапии, 2003. – 458 с.
19. *Кондрашенко В.Т.* Девиантное поведение у подростков. – Минск, 1988. – 204 с.
20. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуация характера у подростков. – Л.: Медицина, 1977. – 208 с. Изд. 2-е доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
21. *Матафонова Т.Ю.* Экстренная психологическая помощь в образовательных учреждениях учащимся с суицидальным поведением: Учебно-методическое пособие для психологов образовательных учреждений. – М.: НИИ Школьных технологий, 2013. – 376 с.
22. Методика определения уровня депрессии (В.А. Жмуров) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С.135–139.
23. *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2-е издание, переработанное и дополненное, 2001. – 494 с.
24. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред. Этьенна. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
25. *Нестлер Э., Маленка Р.* Мозг наркомана // В мире науки, № 6, 2004. – С. 120–128.
26. *Паскал В.В.* Профилактика суицидального поведения обучающихся // Справочник классного руководителя – № 3, 2011. [Электронный ресурс] – URL: <http://www.menobr.ru/materials/19/36275/?redct=Y> (дата обращения 25.06.2013).
27. *Погодин И.А.* Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. – М.: Флинта, 2011. – 332 с.
28. *Подольский А.И., Идובהва О.А., Хейманс П.* Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб.: Слово, 2004. – 202 с.

29. *Попов Ю.В., Бруг А.В.* Аддитивное суицидальное поведение подростков. *Обозр. психиатрии и мед. психологии.* – № 1, 2005. – С. 24–26.
30. *Попов Ю.В., Пичиков А.А.* Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – № 4, 2011. – С. 4–8.
31. Приемы психологической саморегуляции. Методическое пособие. ГУ Центр экстренной психологической помощи МЧС России. – М., 2006. – 138 с.
32. Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад, выполнен в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский Институт организации и информатизации здравоохранения» по заказу Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Российской Федерации. – М., 2011. – 132 с.
33. *Старшенбаум Г.В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
34. Суицидология: Прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах. – М.: «Когито-Центр», 2001. – 569 с.
35. *Таранова Е.И.* Социально-психиатрические аспекты аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте / *Материалы региональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств».* – Белгород, 2009. – С. 14–17.
36. *Туманова Е.Н.* Кризисные ситуации в жизни подростков из неблагополучных семей : Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.05. – СПб., 2001. – 188 с. РГБ ОД, 61:02–19/298–Х.
37. *Ушанова А.А.* Личностные детерминанты агрессии подростков. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Ярославль, 2010.
38. *Федосова И.В., Белозерцева И.Н.* Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска // *Фундаментальные исследования* – 2005. – № 3. – С. 98–100. – URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966 (дата обращения: 28.06.2013).
39. *Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.*, 2012. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.07.2013).
40. *Шнейдер Л.* Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Курс лекций. Лекция 8 [Электронный ресурс] // *Школьный психолог.* – № 24 (454), 16–31.12.2009. – URL: <http://psy.1september.ru/index.php?year=2009&num=24> (дата

- обращения: 15.07.2013).
41. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 132 с.
 42. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
 43. Щербатых Ю.В. Стресс и счастье на одну букву. Практическое руководство по преодолению стресса. – Изд. Феникс, 2011. – 256 с.
 44. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ). – Изд. «Академия естествознания», 2010. – 148 с.
 45. Becker K., Schmidt M.H. Internet chat rooms and suicide // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2004, 43, 246–247. Canada, 1994.
 46. Canterbury suicide project data // Journal of Studies on Alcohol. 2003. Vol. 64. No. 4. – P. 551–554.
 47. Dubichka B., Goodyor J. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiatric Bulletin. – 2005. – V. 29. – P. 164–167.
 48. Elkind D. Ties That Stress – The New Family Imbalance, 1994. – 272 p.
 49. Farberow, N.L. (Ed.) (1980). The Many Faces of Suicide. New York: McGraw-Hill Book Company.
 50. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res (1967). 11 (2): 213–8.
 51. Joiner T. Why people die by suicide. – Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2005. – 276 p.
 52. Kirkcaldy B.D., Siefen G.R., Urkin J., Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents // Minerva Pediatr. 2006. 58(5) – P. 443–450.
 53. Lonqvist J. KTL Suicide Prevention in Finland as a National Project (in Finnish) // Kansanterveyslehti. 2007. Vol. 7. – P. 5–7.
 54. Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., Corcoran P., Fekete S., van Heeringen K., De Leo D., Ystgaard M. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. // J. Child Psychol Psychiatry. 2008 Jun; 49(6). – P. 667–677.
 55. Maris R.W. Suicide. Lancet, 2002. – 360 p.
 56. Older alcoholics face greater risk of suicide // Psychiatric Times. 2003. Vol. 20. No. 8. – P. 26.
 57. Oldham J.M. Borderline personality disorder and suicidality // Am J Psychiatry. 2006 – 163(1). – P. 20–26.
 58. Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister in National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
 59. WHO (2005). Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions. Geneva, World Health Organization, 2005. – 31 p.

Памятка родителям «Как не допустить суицид у подростка»

Ситуации риска, когда родителям и близким ребенка нужно быть внимательными и обратиться за помощью к специалистам:

- непонимание своего ребенка, напряженная атмосфера в семье;
 - конфликтность ребенка по отношению к другим (семейные конфликты, конфликты со сверстниками, унижения, травля со стороны сверстников);
 - агрессивность ребенка по отношению к окружающим;
 - зависимости ребенка (компьютерная, пищевая, алкогольная, наркотическая);
 - резкая негативная смена увлечений, окружения, друзей;
 - смена настроения ребенка, переживания, печаль, обиды, подавленность и т.д.;
 - негативные изменения в поведении ребенка (склонность к уходу из дома, хулиганство, воровство и т.д.);
 - резкое снижение успеваемости в школе;
 - изменения в самооценке;
 - нарушения сна, повышенная утомляемость, длительная бессонница у ребенка;
 - длительное (более одного месяца) повышение или понижение настроения, сильная тревога;
 - длительные острые переживания ребенком утраты (смерти значимого близкого), несчастной любви и т.д.;
 - рискованное поведение, в котором высока вероятность причинения вреда своей жизни и здоровью;
 - неверие ребенка в свое будущее, негативная оценка настоящего и будущего, угрозы покончить жизнь самоубийством;
 - наличие примера суицида в ближайшем окружении или среди значимых взрослых или сверстников и т.п.
1. Если Вы заметили хотя бы один из перечисленных признаков (ситуаций), это уже достаточный повод для того, чтобы прежде всего уделить повышенное внимание своему ребенку, спокойно обсудив ситуацию, причины, уточнив, чем Вы можете помочь, совместно обдумать пути исправления, сглаживания ситуации.
 2. Рассмотрите возможности обращения к специалистам вместе с ребенком или самостоятельно, очно или заочно (посредством Интернет-консультирования, Телефона доверия).
Кроме того, всегда старайтесь:
 - сохранять контакт со своим ребенком;

- поощрять ребенка к самостоятельному выстраиванию жизненных перспектив;
- совместно обсуждать такие понятия, как смысл жизни, любовь, дружба, предательство и т.д.;
- научить ребенка радоваться не только успехам, достижениям, наградам, но и получать удовольствие от жизни (от общения с природой, друзьями, от интересных книг, спорта, хобби и т.д.).



Научно-популярная книга

Что нужно знать родителям о подростковых суицидах?

Под редакцией: Вихристюк О.В.

Авторский коллектив:

Банников Г.С., Бовина И.Б., Гаязова Л.А., Миллер Л.В.

Отпечатано в Отделе оперативной полиграфии ГБОУ ВПО МГППУ

Подписано в печать: 19.02.2016.
Формат: 60*90₁₆. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 4,2. Уч.-изд. л. 4,8.
Тираж 250 экз.