

**Министерство здравоохранения Свердловской области
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Свердловская областная клиническая психиатрическая больница»**

Методические рекомендации

**«Организация межведомственной работы по снижению числа суицидов в
муниципальных образованиях Свердловской области»**

**Екатеринбург
2017 г.**

Авторский коллектив:

Сердюк О.В., главный внештатный специалист психиатр министерства здравоохранения Свердловской области, главный врач Свердловской областной клинической психиатрической больницы;

Перцель М.Г., главный внештатный специалист психотерапевт министерства здравоохранения Свердловской области, заместитель главного врача Свердловской областной клинической психиатрической больницы;

Ильяшева Л.Б., главный внештатный специалист детский психиатр министерства здравоохранения Свердловской области, заведующая Центром психического здоровья детей Свердловской областной клинической психиатрической больницы;

Мурзакаев А.А., врач психиатр областного организационно-методического консультативного отдела Свердловской областной клинической психиатрической больницы.

В данных методических рекомендациях излагаются некоторые основы понимания суицидального поведения, его причины, факторы риска, сведения об уровне суицидов в Свердловской области. Изложены рекомендации по предупреждению суицидального поведения в муниципальных образованиях, основанные на позитивном опыте организации суицидологической помощи в России и Свердловской области.

Содержание

1. Введение	4
2. История подхода к проблеме самоубийств.....	4
3. Статистические данные.....	5
4. Суицидальное поведение	6
4.1. Причины суицидального поведения	6
4.2. Группы суицидогенных факторов	12
4.3. Определение понятий.....	13
4.4. Типы суицидального поведения	13
4.5. Динамика развития суицидального поведения	15
4.6. Особенности суицидального поведения у детей и подростков	16
5. Организация профилактики суицидов на уровне муниципальных образований.....	18
5.1. Общие принципы организации и возможные проблемы.....	18
5.2. Последовательность мер профилактики суицидального поведения.....	20
5.3. Содержание мер профилактики суицидального поведения	24
5.4. Нормативная база системы суицидологической помощи	24
6. Организационная структура суицидологической службы	26
6.1. Центр или кабинет социально-психологической помощи	27
6.2. Служба (телефон) экстренной психологической помощи – «телефон доверия»	29
6.3. Отделение кризисных состояний.....	30
7. Модель бригадного взаимодействия при оказании суицидологической помощи	31
8. Заключение.....	32
9. Литература.....	32
Приложение 1.....	34
Приложение 2.....	36
Приложение 3.....	41
Приложение 4.....	43
Приложение 5.....	53
Приложение 6.....	55

1. Введение

Суицид – социальное явление, касающееся как отдельной личности и семьи, так и общества в целом. По определению Всемирной организации здравоохранения, суициды являются индикатором общественного здоровья и социального благополучия, а высокий уровень суицидов отражает кризис в обществе. Однако при наличии своевременных, основанных на фактах и зачастую недорогостоящих мер вмешательства, самоубийства можно предотвращать. Для этого требуется всеобъемлющая междисциплинарная стратегия, координированная и совместная работа целого ряда секторов общества, в том числе за пределами сектора здравоохранения.

В мае 2013 году на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был принят первый в истории План действий ВОЗ в области психического здоровья, включающий конкретные цели и снижение числа самоубийств как целевой ориентир. В 2014 году был опубликован первый доклад ВОЗ о самоубийствах «Предотвращение самоубийств: глобальная императива», направленный на то чтобы сделать предотвращение самоубийств одной из первоочередных задач здравоохранения и государственной политики.

2. История подхода к проблеме самоубийств

Современная суицидология представляет собой комплексную дисциплину, объектом изучения которой является суицидальное поведение во всем диапазоне его проявлений. Задачами суицидологии являются диагностика и профилактика суицидального поведения, неотложная и индивидуально-дифференцированная терапия кризисных состояний. Комплексный подход подразумевает вовлечение специалистов разного профиля: психиатров, психологов, психотерапевтов, социологов, социальных работников и других.

Но так было далеко не всегда. В разные эпохи в различных обществах проблема самоубийства оценивались по-разному – от резкого осуждения до признания самоубийства как достойного способа ухода из жизни, а научный подход данная проблема впервые обрела в первой половине XIX в., когда в 1838 г. появился труд французского психиатра Эскироля «О помешательстве». Эскироль считал, что только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы – душевнобольные люди. Поскольку в большинстве европейских стран самоубийство тогда трактовалось как уголовное преступление (в некоторых вплоть до конца XX в.), психиатрическая концепция суицидального поведения значительно повлияла на гуманизацию общественного мнения в отношении самоубийц и лиц, совершивших суицидальные попытки.

Э. Крепелин (1893) считал, что суицид может явиться результатом комплекса факторов, а на долю психозов приходится лишь около 30% самоубийств. Великий российский психиатр В. М. Бехтерев считал односторонней точку зрения, по которой самоубийство отождествляется с душевной болезнью, в то же время он отрицал и другую крайность – отнесение суицида исключительно к поступкам психически здоровой личности. В 1911 году он выдвинул комплексную программу профилактики самоубийств, воздействующую как на социальные, так и на индивидуально-психологические факторы.

В 1897 году известный социолог Эмиль Дюркгейм издал труд «Самоубийство. Социологический этюд». Одним из первых он обработал обширный статистический материал и проследил закономерности в распространении и динамике самоубийств, взаимосвязь их с рядом индивидуальных, социодемографических и природных факторов:

- количество самоубийств является устойчивой статистической величиной для каждого народа, государства, общества при этом колеблется в периоды экономических и политических кризисов, войн, но после установления равновесия стремится к определенной устойчивой величине;

- показатель уровня самоубийств мало зависит от индивидуальных факторов (в том числе от количества душевнобольных в популяции), от средовых факторов (температуры воздуха, географического расположения);
- уровень самоубийств увеличивается в периоды возрастающей социальной активности (в теплое время года, днем, в будние дни);
- уровень суцидов выше в более развитом с точки зрения цивилизации обществе;
- степень «цивилизованности» общества обратно пропорциональна степени сплоченности социальных групп, составляющих его (семьи, религиозные общины, политические группировки, трудовые коллективы) и устойчивости традиций.

Дюркгейм показал, что суицидальное поведение является социальным феноменом, развивается по социально-психологическим законам и не является прямым следствием душевной болезни, а одна из ведущих ролей принадлежит социальному конфликту.

До сих пор ведущими подходами в суицидологии являются социологический и психологический. Истоки первого связаны с именем Э. Дюркгейма, второго – с трудами З. Фрейда и его последователей. Междисциплинарный подход суицидологии XX века развивался в основном под влиянием идей социологической и психологической школ.

С начала 70-х годов в советской России систематические исследования суицидального поведения начаты в отделе экстремальных состояний (Кризисном Центре) Московского НИИ психиатрии. Эти исследования связаны, прежде всего, с именем профессора А. Г. Амбрумовой. Ей разработана концепция суицидального поведения как следствия социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. На основе данной теоретической базы создана комплексная служба диагностики, превенции и терапии кризисных состояний.

3. Статистические данные

Существующие попытки объяснить увеличение числа самоубийств только экономическими трудностями не всегда оправданы. Жизнь показывает, что высокий уровень суцидов отмечается, в том числе, в экономически благополучных странах, в то время как низкий – и в странах с относительно невысоким уровнем экономического развития. Так на 100 тыс. населения в Южной Корее приходилось 28,9 случаев самоубийств, в Литве – 28,2, во Франции – 25,3 в 2008 г., в то время как в Намибии – 2,7, на Ямайке – 1,2 в 2012 г. (показателя частоты самоубийств варьируют в разных странах от 0,4 до 44,2).

Нарушение нравственных внутренних ограничений на лишение себя жизни, фактическое исчезновение общественных запретов на самоубийство, технократизация и дезинтеграция общества, непонимание проблемы государственными институтами и общественностью, инфантилизм, поддерживаемый массовой культурой, снижение социальной ответственности, рост алкоголизма, наркомании, усугубление психосоциальных, экономических, экологических и других факторов привели к тому, что во второй половине XX века начался резкий рост числа самоубийств во всем мире. Особенно ощутимо эти явления проявились в нашей стране. Во времена перестройки уровень суцидов стал расти, и в 1994 году составлял уже 42 на 100 тысяч человек. От самоубийств за год погибали порядка 65 тысяч человек, т. е. население небольшого города. В некоторых регионах России уровень самоубийств доходил до 100 человек на 100 тысяч населения. Резко ухудшилась суицидальная ситуация и в сельской местности, более того, по уровню суцидов сельские районы стали превосходить уровень городов. По данным ВОЗ, показатель суцидов больше 20 на 100 тысяч населения свидетельствует о кризисе в обществе.

Сейчас самоубийство является одной из наиболее часто регистрируемых причин смерти (ежегодно в мире от суцидов погибает около 1 млн. человек), уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, а также травматизму. В среднем на 1 суицид приходится 10-15 суицидальных попыток, у молодых на 1 суицид – 15-50 попыток

(по некоторым данным 100-200), у пожилых на 1 суицид – 2-5 попыток. Реальный уровень самоубийств, как правило, вдвое выше, чем отмеченный официальной статистикой и снижается он меньшими темпами, чем официально зарегистрированный.

На протяжении более 15-ти лет в Свердловской области фиксируется постепенное снижение числа суицидов. После значимого подъема показателей в кризисном 1999-2000-м году снижение приобрело постоянный характер. Лишь в 2014 году отмечен рост числа завершенных суицидов на 3% к 2013 году (показатели 2014 года возвращались к данным 2011 года), но в 2015 году отмечается заметный шаг к дальнейшему снижению, а в 2016 году число суицидов снизилось еще более заметно – на 24,6 %.

Первое полугодие 2017 года продолжает тенденции последних лет, пока нет негативной динамики, напротив, данные еще уменьшились. Проиллюстрировать это можно тем, что в первом полугодии 2016 года СМП зафиксировано 233 случая (6,95 на 100 тыс. взрослых), в 2017 году – 204 случая (6,15 на 100 тысяч взрослых).

Для справки: в 2014 году в России на 100 тысяч человек приходилось 19,5 случаев самоубийств (28 тысяч по всей стране). В 2016 году показатель упал до 15,4 случаев на 100 тысяч человек (около 22 тысяч человек), что составляет самый низкий уровень начиная с 1960 года.

2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г	2011г	2012г.	2013г.	2014г	2015г.	2016г.
48,7	45,17	38,5	38,32	36,49	35,47	30,58	29,05	26,6	25,04	24,85	23,5	25,32	22,48	16,87

Можно отметить, что показатели значительно улучшились в крупных центрах – Первоуральске и Нижнем Тагиле. По-прежнему Краснотурьинск и Екатеринбург демонстрируют «европейские» данные по суицидам. Среди способов завершенных суицидов лидируют самоповешения – 88%, на отравления приходится 4%, огнестрельные ранения 3%, травмы 2%, падения с высоты 2%. Самый частый способ суицидальных попыток – самоотравление и нанесение самопорезов (в последнее время стали наносить в том числе на шею и грудь).

4. Суицидальное поведение

4.1. Причины суицидального поведения

Очевидно, что высокий уровень числа самоубийств является тревожным симптомом болезни каждого конкретного муниципального образования. Понимание причин суицидального поведения позволяет подойти к его профилактике целенаправленно и обоснованно.

Самоубийство – осознанное добровольное самостоятельное лишение себя жизни (при этом целью является уход от проблемы, а не смерть). Исследования показывают, что при суицидальном поведении происходит сложное взаимодействие психофизиологических, моральных, психологических, социальных, экологических, социокультурных и других факторов. Любая попытка объяснить явление лишь с помощью одного отдельного фактора ошибочна. А осознаваемые суицидентом причины суицида обычно отражают не истинные причины суицида, а поводы (ближайшие значимые события), связанные с непосредственно переживаемым конфликтом, играющим роль «последней капли».

1. Влияние **экономической составляющей** причин самоубийств доказано на примере многих стран, когда кривая колебаний показателей экономического благополучия и кривая самоубийств были синхронными, периоды застоя экономики сопровождались увеличением, а периоды ее процветания – уменьшением показателей самоубийств. В странах с низким и средним уровнем доходов происходит примерно 75% всех самоубийств.

Влияние экономического фактора нашло свое подтверждение и в России, когда после августовского дефолта 1998 года уже в октябре этого года в Москве число суицидов,

особенно среди молодежи, увеличилось почти в 3 раза по сравнению с октябрём предыдущего года. Аналогичным образом изменялось число самоубийств в Свердловской области, значительные подъемы отмечались в середине 90-х годов и в 1999-2001 гг. Но экономические факторы сами по себе не объясняют ни распределение самоубийств, ни их основные тенденции. Они определяют лишь изменения этих тенденций в определенные периоды.

2. Социологическая составляющая предполагает целостное рассмотрение микро- и макросоциальных условий, а также культуры в качестве причин самоубийств. Когда вся сеть социальных отношений гармонична, люди ощущают себя жизненно важными и необходимыми составными частями общества, к которому они принадлежат, тогда они свободны от чувств психосоциальной изоляции, одиночества дискриминации или забытости. Такой тип организации оказывает мощный антисуицидальный эффект. Напротив, общество с низкой степенью сцепления, с неустойчивыми социальными нормами, с относительными ценностями является мощным генератором самоубийств, независимо от экономических условий и состояния психического и физического здоровья его членов. Другим обществом, при котором растет число суицидов, является общество диктаторского направления с ограничением свобод личности, жесткой регламентацией его поведения.

Кроме того общий и индивидуальный культурный уровень, особенности культуры или субкультуры влияют на отношение ее представителей к суициду. Это влияние может быть как сдерживающим, так и провоцирующим. Имеет значение и культурно-исторический стресс коренных народов при изменении образа жизни и социальной идентичности – при внешнем принятии нового образа жизни сохраняется конфликт мировоззрений, снижается этническое самосознание, что объясняет их уязвимость в отношении социальных стрессов.

Среди различных стилей жизни и занятий те, которые объединяют людей, дают более низкое число самоубийств, чем более индивидуалистические. Среди разведенных наблюдается большее число самоубийств, чем среди просто одиноких, а среди одиноких – больше, чем среди женатых. Разведенные люди более чем кто-либо изолированы психосоциально, в особенности, когда развод был нежелательным и скандальным. В бездетных семьях отмечается более высокий процент самоубийств, чем в семьях с детьми; причем, чем больше число детей в семьях, тем ниже в них число самоубийств.

Здесь надо иметь в виду, конечно, и характер семейных отношений, отклонения семейного воспитания (гиперопека, авторитарность, жестокость родителей), что, безусловно, сказывается на психологическом климате между членами семьи, на психике ребенка. Особенности ранних этапов развития и стрессы в этот период во многом предопределяют стереотипы реагирования на стрессы в дальнейшей жизни. В недрах семей, придерживающихся формального исполнения социальных ролей, часто встречается эмоциональная депривация, внутрисемейная агрессия, злоупотребление алкоголем. Напротив, гармоничные семьи способствуют не только формированию личности с развитыми защитными механизмами, но и являются мощным антисуицидальным фактором.

Факторы социально-культурного сцепления и психосоциальной изоляции объясняют также, почему атеисты и неверующие дают большее число самоубийств, чем люди, вовлеченные в ведущие религиозные организации. Вероятность самоубийств уменьшается, когда чувство индивидуального уступает место чувству совместной принадлежности общему делу, причем как в преодолении негативных событий, так и в позитивном стремлении.

Наконец, социологическая составляющая определяет, почему в периоды внезапных разрывов социальных связей во время глобальных и локальных экономических кризисов отмечается рост самоубийств и почему даже в современном обществе старики и пожилые люди, физически больные, подростки демонстрируют более высокий процент самоубийств.

При планировании **Селективных стратегий предупреждения самоубийств** следует учитывать следующие социологические закономерности.

Пол: мужчины чаще совершают завершённые самоубийства, чем женщины, в то время как суицидальные попытки более часты среди женщин.

Возраст: наиболее высокие уровни самоубийств наблюдаются в молодом возрасте (15-35 лет); старческом возрасте (старше 75 лет). Наиболее тяжело переносят семейные конфликты лица в возрасте 30-40 лет; неудачную любовь – молодые люди 16-18 лет, одиночество, потерю близких – лица пенсионного возраста, несправедливое отношение – подростки до 16 лет, а также лица 40-55 лет.

Семейное положение: суицидальный риск у разведённых, овдовевших и холостых (незамужних) выше, чем у состоящих в браке. Особенно уязвимы люди, проживающие одиноко или отдельно от семьи.

Уровень образования: обратно пропорционален уровню суицидов.

Род деятельности: среди врачей, ветеринаров, фармацевтов, индивидуальных предпринимателей уровень самоубийств выше среднего.

Режимность: информация о суицидальном поведении военных и заключённых не просачивается вовне за счёт закрытости, в связи с этим им часто не оказывается помощь в полном объёме, что утяжеляет течение и прогноз суицидального процесса.

Безработица: с самоубийством в большей степени связана недавняя потеря работы, чем постоянный статус безработного.

Место жительства: риск самоубийств сельских жителей значительно превышает риск самоубийств городских жителей.

Миграция: лица, переехавшие из одного города в другой, эмигрировавшие в другую страну или имеющие статус беженца, более подвержены самоубийству.

Стрессовые жизненные ситуации: большинство людей, совершивших самоубийство, переживали ряд стрессовых жизненных ситуаций (негативных событий) в течение трёх месяцев перед суицидальным актом. Имеет значение и хронический стресс. Часто имеет место «мотивационная триада» – потеря работы, невозможность выплаты кредитов и долгов, потеря надежды на новое трудоустройство, что сочетается с ограничением социальных контактов и эмоциональной поддержки.

Доступность орудий самоубийства: непосредственная доступность орудия самоубийства является важным фактором, определяющим, совершит ли человек суицидальный акт. Ограничение доступа к орудиям самоубийства – эффективная стратегия превенции. Однако, в связи с тем, что в России основным способом самоубийства является самоповешение, ограничение доступа в этом случае затруднительно.

Влияние самоубийства или смерти другого человека: некоторую часть самоубийц составляют ранимые подростки, столкнувшиеся с самоубийством в реальной жизни или узнавшие о нём из СМИ, когда журналисты стремятся подать «жаренные» факты. Это может подтолкнуть их к совершению суицидальных действий. Кроме того, самоубийство близкого человека может снизить суицидальный порог у тех, кто испытывает горе от этой утраты, здесь играет роль как генетическая составляющая (низкий уровень серотонина), так и микросоциальная среда. Возможны суициды у людей, длительное время ухаживавших за смертельно больным родственником или у матери после гибели или болезни ребенка, мотивированные тем, что мало сделали для их спасения.

Кроме того, количество самоубийств колеблется в зависимости от войн, гражданских конфликтов, природных катаклизмов и других явлений (например, солнечных затмений), сезона года и достигает своего максимума в определённые месяцы, причём эти периоды различны для представителей разных возрастных групп. Главная причина увеличения числа суицидов в определённые месяцы – в интенсивности социальной жизни и социальных конфликтов. Известно, что в мире кривая самоубийств падает до минимума в июле, августе и сентябре в связи с ослаблением в этот период социальной жизни (отпуска и др.) и с уменьшением социальных поводов к самоубийствам.

3. **Медицинская составляющая** определяется психическими и соматическими заболеваниями, повышающими риск самоубийства, генетической предрасположенностью к определенным качествам (агрессия, депрессия, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, стресс-уязвимость), причем возможно изменение активности генов под влиянием средовых неблагоприятных факторов.

Ниже перечислены (в убывающем порядке) **психические расстройства**, при которых повышается риск самоубийства (особенно при сочетании нескольких расстройств):

- депрессии (все формы) и тревожные расстройства, распространенность суицида оценивается примерно в 10-15% по сравнению с 1-2% среди здорового населения;

- алкоголизм – наличие алкогольного опьянения может индуцировать появление суицидальных идей, способствует брутализации способа суицида (выбору более «жесткого» способа), алкоголь принимается также с целью облегчения совершения суицида;

- личностные расстройства – антисоциальное и пограничное расстройство с признаками импульсивности, агрессии с частыми сменами настроения, причем при нарастании суицидального риска происходит сглаживание различий, связанных с конкретным вариантом личностного расстройства;

- злоупотребление наркотиками – за передозировкой наркотиков часто скрывается самоубийство, при этом инфекция (ВИЧ, гепатит) меняет отношение наркомана к зависимости, жизни и смерти, сдерживающие барьеры перестают действовать;

- шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство;

- шизофрения (особенно у молодых, но большинство больных шизофренией никогда не совершает суицид, а большинство суицидентов не являются больными шизофренией) – самоубийство выступает способом избегания реального конфликта или болезненного представления о преследовании и постороннем воздействии;

- органические психические расстройства (у несовершеннолетних выступают фоном в 90% случаев завершенных суицидов);

- другие психические расстройства.

Хотя среди совершающих самоубийства есть люди, страдающие психическими расстройствами, большинство из них, согласно статистике, не обращается непосредственно к психиатру за помощью. Поэтому роль лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь, является особенно важной. Обучение врачей общей сети по своевременному выявлению и лечению депрессий и профилактики суицидов на шведском острове Готланд позволило снизить число суицидов с 20 до 7 на 100 тыс. населения за три года, после прекращения этой программы уровень суицидов вновь увеличился. Рекомендации по диагностике депрессий даны в **Приложении 2**.

Некоторые **непсихические заболевания** повышают степень риска самоубийства, особенно серьезные соматические инвалидизирующие и неизлечимые.

Неврологические расстройства:

- эпилепсия – повышенная импульсивность и инвалидизация, часто наблюдающиеся при эпилепсии, могут стать причинами суицидального поведения у таких больных;

- черепно-мозговые травмы и инсульт – чем тяжелее повреждение, тем выше риск самоубийства. В постинсультном периоде 70-85% пациентов страдают депрессиями.

Злокачественные новообразования: смертельные заболевания (например, рак) увеличивают риск совершения самоубийства. Степень риска выше всего у мужчин, вскоре после установления диагноза (в течение первых пяти лет), при прохождении химиотерапии.

У **ВИЧ-инфицированных** социальная стигматизация, неблагоприятный прогноз и тяжелые проявления болезни повышают суицидальный риск (особенно сразу после установления диагноза, до того, как человек получит психологическую помощь).

Следующие **хронические болезни** также повышают суицидальный риск: сахарный диабет, рассеянный склероз, хронические заболевания почек, печени и других органов желудочно-кишечного тракта, костно-суставные болезни, сопровождающиеся хроническим

болевым синдромом, сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца), сексуальные расстройства.

У лиц с **ограниченными возможностями**, испытывающих трудности в ходьбе, страдающих снижением зрения и слуха, также увеличен риск самоубийства. Суицидальный риск повышается при хронических заболеваниях, сопровождающихся **постоянным болевым синдромом**, ограничением самообслуживания.

4. **Психологическая составляющая** – реакция личности человека на давление социальных, экономических, медицинских факторов. К самоубийству склонны люди с психотравмирующим опытом детства, диспропорциональным психологическим развитием личности. Самоубийство возникает тогда, когда у человека появляется чувство отсутствия приемлемого пути к достойному существованию. Вместе с тем далеко не каждый, у кого нарушены связи с обществом или возникли неудачи на работе, имеются медицинские проблемы, становится жертвой самоубийства. Многие зависят от характерологических, психологических особенностей личности, жизнестойкости.

К личностно-психологическим предпосылкам возникновения суицида относятся аутоагрессивный и аутично-депрессивный типы реагирования на стресс, повышенный уровень тревожности, негибкость поведенческих стереотипов, импульсивность (склонность действовать без достаточного сознательного контроля), снижение волевых качеств, недостаточная развитость навыков планирования, подверженность планов частой смене, избегающее поведение. Тревожно-депрессивный эмоциональный фон, затрудненное принятие решений, ощущение «западни», обедненность социальной поддержки снижают адаптационные возможности. Личность же человека формируется на основе унаследованных им особенностей протекания психических процессов и установок, правил, ограничений, возникающих и укореняющихся в процессе развития и воспитания. Основной проблемой такой личности является нарушенное самовосприятие, что осложняет продуктивные отношения с другими людьми, а общая неорганизованность деятельности является значимым препятствием для достижения поставленных целей и развития собственного потенциала.

Основоположником формирования психологической концепции считают З. Фрейда. Согласно концепции психоанализа, есть два вида влечений: инстинкт жизни и другой – влечение к смерти, разрушению и агрессии. Существуют постоянные колебания между силой этих двух противоположных инстинктов. Убийство – это агрессия, устремленная на других, а суицид – это агрессия, направленная на себя. Американский психиатр Карл Меннингер детально разработал идеи Фрейда. Он предположил, что все суициды имеют в своей основе три взаимосвязанных бессознательных причины: мечь/ненависть (желание убить), депрессия/безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Психотерапевты когнитивной школы, которые изучают процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления («жизнь ужасна, альтернатива ей – только смерть»), которое ведет к невозможности выработки решений своих проблем. Стиль мышления, способы решения возникающих проблем формируются в процессе воспитания и научения. И, если выученные стратегии реагирования неэффективны, а выработка новых невозможна в силу негибкости мышления и установок, в стрессовой ситуации человек оказывается беспомощным.

В экзистенциальном направлении психологии устойчивость или беспомощность человека перед проблемами, являющимися причинами суицида, объясняется наличием или отсутствием у него надежды и смысла жить. Важный аспект беспомощности человека перед проблемами состоит в том, что она сигнализирует индивиду о крахе в некой важной сфере жизни, что может являться «точкой роста» личности и точкой приложения психотерапии.

Эмоциональные переживания являются одними из основных показателей возможности суицида. Большинство потенциальных самоубийц в результате психологического кризиса оказываются в состоянии депрессии. Люди могут не осознавать ее начала. Они только замечают, что в последнее время стали подавленными, печальными и

«хандрят». При выраженной индивидуальной значимости доминирующего в сознании стрессового фактора, его патологической переоценки, тяжести субъективно оцениваемой тревоги и подавлении положительного опыта и компенсаторных механизмов будущее выглядит тусклым, и они считают, что его нельзя изменить. Им становится трудно выполнять даже простые обязанности, принять простое решение. Они жалуются на вялость, недостаток жизненной энергии и усталость. Для многих людей в состоянии депрессии суицид может показаться разрешением эмоциональной боли и тоски. Их характеризует трудность в выборе альтернатив при принятии решений, однако это же качество может усилить их социальное функционирование на пути возвращения к прежней жизни за счет определенной настойчивости после совершенного выбора.

Интегративная концепция самоубийств, предложенная в 60-е годы Морисом Фарбером, звучит так: частота самоубийств в популяции прямо пропорциональна количеству человек, отличающихся повышенной ранимостью, и масштабу лишений, характерных для этой популяции. Эта концепция пытается вобрать в себя социально-экономические и личностные (психологические) составляющие. Наиболее вероятен суицидальный исход, когда легкоранимый человек оказывается в экстремальном положении. Часты случаи суицида и тогда, когда человек с достаточно устойчивой психикой оказывается в невыносимо тяжелой общественной ситуации. В то же время, возможны случаи, когда на фоне благоприятных условий жизни внутренние противоречия личности при слабом «психологическом иммунитете» приводят к самоубийству.

Основатель отечественной суицидологической школы профессор А.Г. Амбрумова доказала, что суицид не может расцениваться как прямое следствие психической патологии, в том числе депрессивного регистра. По ее определению, «суицид есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта». Дезадаптация личности приводит к тому, что количество известных вариантов разрешения конфликта резко ограничивается или сводится к нулю. Вследствие этого конфликт субъективно приобретает характер неразрешимого и сопровождается крайне тягостными переживаниями, наступает кризис личности. В этой критической точке сама дезадаптация и конфликт с высокой вероятностью могут перейти в суицидальную фазу, т. е. принимается решение о суициде как единственном способе ликвидировать конфликт путем самоуничтожения.

Психологический кризис – основное проявление социально-психологической дезадаптации личности, который и определяет переход от пресуицида в суицид. Кризис возникает, когда человек ощущает невозможность преодоления различных жизненных препятствий и проблем; психическое состояние человека, который внезапно пережил субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностного конфликта или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации.

Кризисное состояние характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями, беспокойством и тревогой, депрессивными состояниями вплоть до дезорганизации личности. Для таких состояний характерны: фиксация на психотравмирующей ситуации, переживания по поводу собственной несостоятельности, чувство одиночества, пессимистическая оценка себя, ситуации, будущего, неверие в свои силы и возможности. Это часто сопровождается различными деструктивными проявлениями.

В силу дефицита стратегий реагирования у него формируется неадекватная оценка происходящего. Такие особенности личности как мнительность, неуверенность в себе, склонность к навязчивым мыслям, импульсивность, конфликтность усложняют разрешение кризисных ситуаций, снижая порог возникновения суицидальных идей.

Во многих случаях острых кризисных состояний наблюдаются и соматические нарушения: ухудшение самочувствия, ощущение физической слабости, истощение, возникновение или обострение язвенной болезни желудка, гипертония, болезни сердца и т. д.

Типичные варианты развития психологических кризисных состояний:

1. Постепенное нарастание интенсивности психологического кризиса с повышением эмоционального и конфликтного напряжения, усилением вероятности суицида.

2. Уже в первые часы и сутки после неожиданного психотравмирующего события максимальная выраженность кризисного состояния (напряженности, дезорганизации личности, поведенческих нарушений).

В обоих вариантах происходит эмоциональная, но не рациональная переработка события, утраты или конфликта, осмысление происшедшего с дополнительным нарастанием душевных переживаний. В случаях оказания своевременной психологической поддержки и помощи переживающему кризис лицу со стороны значимых для него людей существенно возрастает возможность перехода кризисного состояния в благоприятное русло, положительно перестраивается отношение личности к психотравме, возникает перевес жизнеутверждающих факторов, оптимизма.

4.2 Группы суцидоденных факторов

Далее следует выделить группы суцидоденных факторов – **детерминанты суцидального поведения**, имеющие различное влияние на динамику суцидального поведения и суцидальных действий. Причем часть факторов может одновременно относиться к нескольким детерминантам. Эти детерминанты помогают при анализе выявить причины суицида.

• **Детерминанты 1 ранга (индивидуально-личностные)** реализуются при обязательном наличии двух других детерминант, являются **предпосылками** суцидального поведения. К ним относятся: *медико-биологические и личностно-психологические факторы*.

• **Детерминанты 2 ранга (ситуационные – особенности социально-психологической ситуации)** не вызывают суцидального поведения, но утяжеляют или ускоряют течение суцидального процесса. К ним относятся *макро-и микросоциальные факторы*.

• **Детерминанты 3 ранга (статусные – особенности состояния суцидента непосредственно перед суцидом)** – факторы, вызывающие суцидальные действия. В большинстве случаев это стрессы личной жизни – психотравмирующие и личностно значимые для суцидента, как объективные (смерть близкого человека, неизлечимое заболевание, и другие катастрофические ситуации), так и субъективные (нетяжелые с позиции стороннего человека, но личностно глубоко значимые). Сюда же относятся психопатологические переживания суцидальной направленности (бред, галлюцинации и т.д.), которые наблюдаются значительно реже.

Ниже ситуационные факторы риска суцидального поведения представлены в порядке последовательного уменьшения значимости (по В.Ф.Войцеху).

1. **Лично-семейные конфликты**, в том числе:

• несправедливое отношение (оскорбления, обвинения, унижения) со стороны родственников и окружающих;

- ревность, супружеская измена, развод;
- потеря «значимого другого», болезнь, смерть близких;
- препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
- неудовлетворенность поведением и личными качествами «значимых других»;
- одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;
- неудачная любовь;
- недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
- половая несостоятельность.

2. **Состояние психического здоровья**, в том числе:

- реальные конфликты у психически больных

- патологические мотивировки;
- постановка психиатрического диагноза.
- 3. **Состояние физического здоровья**, в том числе:
 - соматические заболевания, физические страдания;
 - уродства.
- 4. **Конфликты, связанные с антисоциальным поведением**, в том числе:
 - опасение судебной ответственности;
 - боязнь иного наказания или позора;
 - самоосуждение за неблагоприятный поступок;
 - сюда можно добавить начало и окончание отбывания лишения свободы.
- 5. **Конфликты в профессиональной или учебной сфере**, в том числе:
 - несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;
 - несправедливые требования к профессиональным или учебным обязанностям.
- 6. **Материально-бытовые трудности**.
- 7. **Другие** мотивы и поводы.

Кроме того, согласно ВОЗ целесообразно рассматривать факторы суицидального поведения как последовательный ряд – от системных факторов риска до индивидуальных.

4.3. Определение понятий

Суицид – это добровольное, самостоятельное, осознанное и в достаточной мере саморазрушительное действие, непосредственной и ближайшей целью которого является лишение себя жизни. Более подробное определение суицида – «акт с фатальным исходом, который умышленно был начат и исполнен самим погибшим субъектом, при условии знания или ожидания последним такого исхода, причем исход рассматривается субъектом как инструмент в достижении желаемых изменений в самосознании и социальном окружении». В этом определении выделяются три момента – осознанность действий, понимание, что они ведут к смерти, и желание суицидента воздействовать на окружающих.

Суицидальная попытка – любой вид изначально нелетального суицидального поведения (намеренное самоотравление, нанесение самому себе травмы или иного самоповреждения), которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода.

Суицидальное поведение включает суицидальные мысли, планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид, согласно ВОЗ.

Выделяют и неосознанное саморазрушающее поведение (непрямой суицид, рисковое поведение). Те же психические силы, которые толкают человека к прямому суициду, лежат в основе таких опасных привычек, как злоупотребление алкоголем или наркотиками (суицидальные стигмы), игнорирование серьезных болезней, переизбыток или хроническое курение. Хотя не прямое самоубийство является менее очевидным для окружающих, тем не менее, его результаты также летальны.

4.4. Типы суицидального поведения

Демонстративное суицидальное поведение

В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление человека обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи, «суицидальный ультиматум». Гибель не входит в планы, ценность жизни сохранена, но искажена – жизнь является предметом торга. Преследуемая целью – напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами, «осознать» их несправедливое отношение к человеку, восстановить нарушенные социальные связи. Присутствие зрителей обязательно. Такое поведение часто характерно для подростков. Характерен минимальный летальный потенциал выбранного средства – нанесение

самопорезов, отравление неядовитыми лекарствами, изображения повешения, что иногда оканчивается несчастным случаем вследствие недостаточного учета обстоятельств.

Аффективное суицидальное поведение

Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций, относятся к аффективному типу. В таких случаях человек действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции – обида, гнев – затмевают собой реальное восприятие действительности и суицидент, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Истинное суицидальное поведение

Характеризуется максимальным обесцениванием жизни, ограничением жизненной перспективы, смерть воспринимается как прекращение страдания. Человек осознанно готовится к совершению суицидального действия, поэтому такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению, огнестрельным и ножевым повреждениям, массивному отравлению или к падению с высоты. Подготовка к самоубийству зачастую состоит в том, что обычно называется «приведением своих дел в порядок». Это может быть оформление завещания, пересмотр страховок, написание для близких длинных запоздалых писем, улаживание споров и конфликтов с родными и соседями. Подросток может сентиментально раздаривать ценные личные вещи. Завершающие приготовления могут быть сделаны очень быстро, и затем мгновенно последует суицид.

Кроме того, имеет значение выделение следующих типов суицидов:

Амбивалентный

Для него характерна двойственность суицидального намерения, неуверенность в правильности своего поступка: при отсутствии истинного желания умереть допускает и смерть. Суицид совершается не как отказ от жизни, а как избегание конкретной непереносимой ситуации, «желание отдохнуть, забыться, прекратить душевные страдания хоть на какое-то время». Характерны непродуманность суицида, выбор нелетального способа при отсутствии элементов демонстративности и шантажа. «Несерьезность» попытки часто приводит к ошибочной оценке амбивалентного суицида как демонстративного и сниженному вниманию к суициденту.

Резонансный (суицид-имитация, подражательный суицид, синдром Вертера)

Для него характерно идентифицирование суицидентом себя со своим кумиром, и в рамках этой идентификации желание умереть как он. Обычно такие суициды совершаются в юношеской среде после гибели популярных героев массовой культуры, в религиозных группах под воздействием сильного лидера. В досуицидальном периоде отмечается примитивная идеализация силы и престижа другого человека, некритичное усвоение чужих убеждений, бессознательный перенос на себя чувств и качеств другого человека, позволяющие преодолеть чувство собственной неполноценности. Суицид совершается в одиночестве, подготовка скрытая, быстрая, суицид для окружающих неожиданный.

Институциональный

В этом случае смерть выступает как нежелательное, но необходимое условие достижения надличностных целей – социальных, политических, религиозных, часто психопатологических (болезненных) и других, например, во время войны для спасения своих товарищей. Высокий риск расширенного суицида (с убийством других людей). В досуицидальном периоде развитие религиозного мышления, «одержимость» политическими и социальными идеями. Перед совершением суицида испытывают эмоциональную приподнятость, воодушевление «совершением важного поступка».

Маскированный

Отсутствие осознаваемого суицидального намерения и его последующее отрицание. Суицидальная попытка бессознательно маскируется под несчастный случай, который

совершается на фоне выраженных депрессивных переживаний, психотравмирующей ситуации. В досуицидальном периоде отмечается алексетимия – затруднение осознания и описания собственных переживаний. При обстоятельствах «несчастливого случая» всегда присутствует элемент вины суицидента – забывание, умышленное несоблюдение техники безопасности (оставил не выключенным газ, «по ошибке» вместо настоя трав выпил жидкость для удобрений). Маскированный суицид может принимать разнообразные формы – рискованное вождение автомобиля, занятия экстремальными видами спорта и т.д.

В основу типологии самоубийств может быть положен и личностный смысл (мотив) самоубийства: протест, призыв, избегание, самонаказание, отказ от существования в невыносимой ситуации, крайнее озлобление к социуму, зависимость от группы.

4.5. Динамика развития суицидального поведения

Самоубийство – слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации. Сами высказывания планирующего самоубийство уже являются поиском путей выхода.

Досуицидальный период – предшествует формированию собственно суицидального поведения. Его проявления многообразны вплоть до неярко выраженных психических расстройств, ангедонии (потери способности переживать радость, удовольствие, счастье), депрессии. Состояние не расценивается человеком и его близким окружением как причина для обращения за психиатрической помощью, а нормативно-правовых условий для активного вмешательства психиатрической службы нет. Длительность досуицидального периода от нескольких дней до нескольких месяцев и лет.

Пресуицидальный период – временной промежуток между началом пассивных суицидальных мыслей и собственно суицидальными действиями. Длительность пресуицидального периода может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных намерений сразу, без предшествующих этапов.

Развернутый пресуицидальный период протекает в несколько этапов (стадий):

1.) Пассивные суицидальные мысли – суицид начинает рассматриваться человеком как возможный выход из ситуации. Характеризуется значительной внутренней психологической работой, борьбой «за» и «против». Человек решает вопросы: «Стоит ли жить?», «Какие могут быть последствия?», заявляет, что «Надоела такая жизнь», проявляет интерес к вопросам жизни и смерти. Этап также характеризуется снижением адаптационных способностей (снижением продуктивности, уровня интересов, ограничением общения, повышением раздражительности, эмоциональной неустойчивости). Место, время и способ суицида на этом этапе не занимают в мыслях ведущее место. Риск суицида минимален. Психологические защиты активны, человек контакту доступен и ищет поддержки.

2.) Суицидальные замыслы – принимается решение об уходе из жизни. Продумываются варианты реализации суицидальных действий, продумывается способ, время и место совершения самоубийства. Человек «логически» обосновывает необходимость ухода из жизни. Формируется «внешний ключ» – событие, способное запустить программу реализации суицидального поведения (получение результата анализа о ВИЧ-инфицировании, «полный» отказ любимого от встреч, получение «достоверных» фактов изменен).

3.) Суицидальные намерения (планы) – непосредственная подготовка суицидальных действий. Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и побуждения к осуществлению суицидальных актов. Важным предвестником самоубийства является состояние с ощущением безнадежности (негативные мысли о будущем, утрата мотиваций и отсутствие надежды на лучшее). Период достаточно короткий и может быть установлен лишь ретроспективно. При истинных намерениях

предотвратить попытку удастся редко, так как психологические защиты преодолены, а риск суицида максимальный. Контакту малодоступны, но терапия возможна.

При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ суицида, который по его мнению позволит наверняка погибнуть или, напротив, сохранить жизнь (в зависимости от цели, а также соответствует его понятиям о чести и красоте, ведет к наименьшему обезображиванию тела. Неудавшаяся истинная суицидальная попытка является следствием недостаточного суицидогенного потенциала выбранного метода (малое количество яда, мягкая почва при падении), вмешательства внешних факторов.

Постсуицидальный период следует за совершением неудачной суицидальной попытки, характеризуется эмоциональной неустойчивостью, увеличением страха смерти, малым количеством выдвигаемых целей, преобладанием ближних целей, отражающих эгоцентрическую позицию личности. Выделяется три этапа постсуицидального периода: **ближайший** (первая неделя), **ранний** (от недели до месяца), **поздний** (1–5 месяцев после попытки).

Другая классификация постсуицидального периода основывается на актуальности конфликта после суицидальных действий, наличии/отсутствии критического отношения к покушению, наличии/отсутствии суицидальных тенденций.

Выделяют следующие варианты:

1. Критический – полная критика, эмоциональная и интеллектуальная переработка конфликта, утрата его актуальности, суицидальные действия сняли пресуицидальную напряженность (своеобразная «разрядка»), вероятность повторного суицида минимальна.

2. Аналитический – негативное отношение к суицидальной попытке, которая была, как правило, следствием длительной психотравмирующей ситуации, конфликт сохраняет актуальность, и если не будет разрешен, то вероятно обострение суицидальных тенденций, особенно в позднем постсуицидальном периоде, когда по выписке из стационара пациент вновь сталкивается с психотравмирующими обстоятельствами.

3. Манипулятивный – считает, что подобные суицидальные действия в будущем могут быть средством манипулятивного влияния на ситуацию, актуальность конфликта значительно уменьшалась за счет влияния суицидальных действий на выгодное для суицидента решение, риск повторного суицида высока при неблагоприятной ситуации.

4. Фиксированный – суицидальная настроенность и конфликт актуальны, антисуицидальные факторы отсутствуют, сохраняются стойкие суицидальные тенденции, риск суицида максимальный.

5. Отрицание суицидальных действий – суициденты не признают свои действия суицидальными, объясняют их как несчастный случай (часто это вызвано критическим отношением и нежеланием афишировать факт суицида), риск суицида сохраняется, но оценить его сложно, так как суицидент не раскрывает своих переживаний.

К каждой суицидальной попытке следует относиться со всей серьезностью, какой бы безвредной и легкомысленной она ни казалась. Самыми уязвимыми являются люди, которые в прошлом совершали попытки самоубийства или тесно контактировали с теми, кто пытался или осуществил это стремление. Статистика показывает, что 12% людей, совершающих суицидальную попытку, не позднее чем через 2 года достигают желаемого. Четыре из пяти суицидентов, покончивших с собой, пытались сделать это в прошлом. После первой неудавшейся попытки многие делают вывод: «Я сделаю это лучше в следующий раз». И они вспоминают об этом, оказываясь в кризисном состоянии.

4.6. Особенности суицидального поведения у детей и подростков

Для детей и подростков можно выделить дополнительные факторы риска суицидального поведения, связанные с возрастными особенностями: эндокринной перестройкой организма, возрастной эмоциональной лабильностью, незавершенностью

процессов социально-психологического созревания и связанными с ними специфическими возрастными реакциями эмансипации, негативизма, специфической возрастной реакцией на алкоголь. Факторы, связанные с дисгармоничным развитием (инфантилизм, акселерация, асинхронии), резидуально-органической патологией центральной нервной системы (гиперактивность, эмоциональные нарушения с детства, расстройства адаптации в школе, средняя успеваемость), патологией личности, умственной отсталостью, а также нарушение воспитания, вырабатывающее идеалистические негибкие высоконравственные установки, которые противоречат реальной жизни, приводят к завышенным требованиям к себе и окружающим (перфекционизм и конкуренция), порождают депрессивные реакции, связанные с «потерей веры в людей», сопровождающиеся идеями самообвинения.

Для молодого возраста характерны повышенная конфликтность, протестное поведение, ранимость, повышенное чувство достоинства, эмоциональная неустойчивость, застенчивость, сочетающаяся с максимализмом. Эти черты характера могут способствовать формированию суицидального поведения. Особенно опасен возраст с 11 до 15 лет, период возрастного кризиса, когда подросток начинает себя осознавать как личность, как равноправного члена общества, семьи. Из-за этого часто возникают конфликты с родителями, что ведет к потере взаимного контакта, формированию отчуждения – это и кризис общения с товарищами, и кризис самосознания. Для подростков очень значимо мнение о себе окружающих. Суицидальные мысли и фантазии у подростков довольно часты, и их реализации могут способствовать, казалось бы, малозначимые события, чему благоприятствуют эмоциональная неустойчивость и импульсивность ребенка.

К личностно-психологическим характеристикам детей и подростков, склонных к суицидальному поведению относится эмоционально обусловленный тип мышления и поведения, негибкость мышления, катастрофизация (склонность видеть во всем надвигающуюся неминуемую угрозу), персонализация (принятие всего на свой счет), черно-белое мышление, иллюзия бессмертия, завышенный уровень притязаний. Кроме того следует отметить значимость педагогической запущенности, отсутствия личного опыта, отсутствия внешнего положительного примера, ощущения брошенности, потери принадлежности, интереса к окружающему, восприятия себя как бремени, негативного отношения к себе, миру, будущему, приобретенной сниженной чувствительности к душевной боли.

Причинами суицидов в детском и подростковом возрасте наиболее часто являются:

1) Несформированное понимание смерти как бесповоротного прекращения жизни, представление, что все можно вернуть назад, при этом понятие смерти формируется не раньше 18 лет, что связано с общей инфантилизацией и влиянием игровой зависимости.

2) Отсутствие ощущения себя частью общества, города, страны. Это может быть следствием неопределенности идеологии в обозримом сообществе. Подросток в обществе без общих ценностей чаще испытывает ощущение ненужности, депрессии.

3) Утрата цели. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется тем, что молодые люди, не имея жизненного опыта, не могут правильно определить цель своей жизни и наметить пути ее достижения.

4) Дисгармония в семье, психические расстройства родителей.

5) Традиции саморазрушительного поведения в микросоциуме (алкоголизм, наркомания, криминализация общества).

6) В подавляющем большинстве случаев суицидальное поведение в подростковом возрасте связано с реакцией протеста, источником которой являются нарушенные внутрисемейные, внутришкольные или внутригрупповые взаимоотношения.

7) Депрессия также является одной из причин, приводящих подростка к суицидальному поведению.

Суицидальные акты детей и подростков почти всегда внешне обусловлены. У подростков часто мотивами служат конфликты с родителями, реже с педагогом, сверстниками, неразделенные чувства, несоответствие своего тела «стандартам».

Наиболее значимы семейные конфликты (ссоры, параллельные отношения, развод, повторные браки, рождение второго ребенка, болезнь или смерть одного из родителей или близких, неполная, асоциальная, приемная семья, отсутствие отца в раннем детстве, алкогольная зависимость родителей, особенно в сельских территориях). При этом дисгармоничные семьи могут быть внешне формально социально благополучными.

Роль же «последней капли» играют школьные ситуации, авторитарная педагогика, так как школа – это место, где ребенок проводит значительную часть времени. При незнании, куда обратиться с проблемой, невозможности справиться с ситуацией обычным методом, со временем суицидальное поведение может закрепиться как предпочтительная реакция на стресс, часто сопровождаемая уходами из дома, что является тревожным сигналом, наряду с суицидальными высказываниями («без меня миру будет легче») и попытками. Чаще всего суицидальные действия преследуют цель «наказать родителей», уменьшить бремя ответственности, непереносимость разлуки, «подражание», уход от травли («троллинга» в виде шантажа подростков их же интимными фотографиями в интернете).

5. Организация профилактики суицидов на уровне муниципальных образований

5.1. Общие принципы организации и возможные проблемы

Поскольку сам факт распространенности суицидов, смертность в результате них и последствия для здоровья людей, совершивших суицидальные попытки, несут не только медицинские, но и социальные, экономические последствия, вызывают серьезный общественный резонанс, работа по профилактике суицидов должна быть организована повсеместно, носить интегративный (объединяющий) и синергичный (взаимоусиливающий) характер, использовать «опережающие подходы» (воздействие на факторы риска и развитие защитных факторов).

Анализ причин и особенностей суицидального поведения приводит к важному выводу: суицидальное поведение является результатом множества взаимовлияющих факторов психологической, биологической и социально-экономической природы. Таким образом, развитие деятельности по профилактике суицидов может быть обеспечено только при комплексном, мультидисциплинарном подходе, объединяющем усилия как административных органов, так и специалистов разного профиля. Деятельность по профилактике суицидов не может ограничиваться только усилиями психиатрической службы. Сложность, комплексность проблемы, необходимые для ее решения ресурсы требуют ее организации на уровне глав муниципальных образований.

В письме Министерства здравоохранения РФ от 04.06.2012 г. № 15-2/10/1 – 190 Администрации президента РФ отмечено: «Профилактика всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов, является сложной межведомственной проблемой, медицинская составляющая в которой минимальна. Основные мероприятия должны проводить Минобрнауки с Минкультуры, Минспорта, Министерство труда и социальной защиты РФ. Министерство здравоохранения выступает как координатор и соисполнитель».

Важнейшим шагом является создание **рабочей группы по предотвращению суицидов** под руководством заместителя главы по социальным вопросам. Примерное положение о рабочей группе по предотвращению суицидов дано в **Приложении 3**. Проблема должна решаться путем построения системы, объединяющей меры медицинского, психологического, социального, правового и педагогического характера. Точно так же необходимо и объединение ресурсов органов управления, здравоохранения, системы социальной защиты населения, образования, правоохранительных органов, общественных организаций. По необходимости привлекаются юристы, социологи. Задачей рабочей группы является объединение всех

ресурсов, имеющихся на территории муниципального образования с целью организации и координации деятельности различных организаций, ведомств и лиц для проведения работы по профилактике суицидов, получению точных данных о суицидологической обстановке, лечению и реабилитации суицидентов.

Рабочая группа должна включать специалистов в области психиатрии, психологии, социальной реабилитации, профессиональной ориентации, педагогики, представителей СМИ, религиозных конфессий и общественных организаций. При этом следует определить состав постоянных членов рабочей группы – ее ядро, представленное специалистами здравоохранения, управления социальной защиты населения, управления образования, центра социального обслуживания населения, центра занятости населения, общественных организаций и т. д.

Рабочая группа должна решать стратегические задачи профилактики суицидов в муниципальном образовании. Она должна обеспечивать организацию сотрудничества всех заинтересованных ведомств и структур, повышение качества услуг здравоохранения, улучшение диагностики психических заболеваний и психологических дезадаптаций, снижение уровня злоупотребления и зависимости от психоактивных средств, распознавание и оценку психосоциальных факторов стресса, характерных для территории. Эти меры должны охватывать семьи, школы, рабочие места, организации. Должна быть реализована стратегия социального обеспечения, образования и создания рабочих мест, профилактика наркомании и алкоголизма. Должен быть повышен уровень знаний населения о суицидальном поведении, мерах по его предотвращению.

Необходимым для этого является создание межведомственной муниципальной суицидологической службы, основанной звеном которой является многодисциплинарная межведомственная бригада.

Трудности разработки подходов к профилактике суицидов обусловлены сложностью биопсихосоциального феномена, относительно малой частотой, малым охватом суицидентов специализированной помощью, неполнотой усредненной статистики, недостатками учета. За «неумышленными» передозировками наркотиков у наркозависимых, ДТП с единственной жертвой часто стоит суицид. Кроме того, может иметь место размытость формулировок причин смерти в медицинских свидетельствах о смерти, сокрытие фактов суицида, которому способствуют такие факторы, как табу, стигма, стыд и чувство вины, недоверием к государственным службам. На рубрики МКБ-10 Y10-Y34 «Повреждение с неопределенными намерениями», «Повешение, удушение и удушение с неопределенными намерениями» (Y-20), «несчастные случаи» (коды v01-X59), «нападение» (коды X85-Y09) и «неизвестные причины» (коды r95-r99) приходится значительная доля суицидов. Кроме того далеко не все суицидальные попытки приводят к повреждениям, в связи с которыми оказывается медицинская помощь, поэтому для оценки распространённости суицидального поведения важны самоотчеты о суицидальном поведении в рамках скрининга населения.

При повышении точности методов учета возможен некий статистически регистрируемый рост уровня суицидов, не препятствующий положительной оценке профилактических мероприятий, а связанный, возможно, с уточнением статистики. Статистика малых чисел проявляется на большом промежутке времени, а явно заметные улучшения редко происходят в короткий период.

Проблемы оказания суицидологической помощи связаны с разобщенностью, неполным составом звеньев, дефицитом подготовленных кадров и перспектив их развития. Обычно нарушен принцип преемственности звеньев суицидологической помощи, препятствующий систематическому наблюдению за суицидентом и его психосоциальному восстановлению. Родители часто скрывают факты суицидального поведения подростков, отказываются от оказания помощи (от общения с подростком психиатра). При этом существует мало механизмов воздействия – привлечение по административным статьям, заявления в комиссию по делам несовершеннолетних.

5.2. Последовательность и содержание мер профилактики суицидального поведения

По последовательности профилактика суицидального поведения разделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная (собственно превенция) направлена на предотвращение суицидального поведения как такового. Первичная профилактика на уровне муниципального образования предполагает следующие мероприятия.

1. Активное вовлечение в сотрудничество средств массовой информации, интернет-ресурсов, государственных, муниципальных и общественных организаций для грамотного освещения проблемы суицидов, положительного воздействия на общественные установки, поддержка идеи о предотвратимости самоубийств:

- Следование СМИ «Рекомендациям по распространению в СМИ информации о случаях самоубийства», одобренным Общественным советом при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол заседания №1 от 27 июня 2016 года). Диалог со СМИ об ответственном подходе к освещению самоубийств. Ограничение деонтологически невыдержанного преподнесения материала по суицидам в СМИ, ограничение графического представления и излишних описаний и изображений суицидов, а также снятие с них в репортажах романтического налета, стремление к ответственному профессиональному освещению суицидального поведения и его профилактики, к многостороннему пониманию самоубийства населением.

- Разработка стратегических информационно-просветительских кампаний и распространение с их помощью научно обоснованной информации, адаптированные к целевым группам населения;

- Создание специализированных образовательных (психообразовательных) передач, репортажей, организация и проведение психогигиенических и информационно-образовательных мероприятий, направленных на изменение негативного отношения общества к психическим заболеваниям и превенции самоубийств, борьбу с боязнью стигматизации и борьбу с самостигматизацией пациентов, обучение разных групп населения вопросам психологии, психического здоровья.

Предлагаемые темы: «суицидальное поведение и меры по его предотвращению», «раннее распознавание, профилактика и лечение психических заболеваний», «хронический психосоциальный стресс, вызванный бедностью, безработицей, насилием», «защитные внешние факторы психического здоровья (хорошая семья, бытовые условия, в школе и на работе, окружение, свободное от наркотиков)», «сущность депрессивных расстройств и суицидального поведения, возможные меры помощи, необходимость обращения за специализированной помощью», «внутрисемейные кризисы, проблемы старения, проблемы межличностных отношений», «организация психологической подготовки к уходу на пенсию, потери супруга, возможные конструктивные подходы к преодолению проблем», «влияние завышенного уровня притязаний к жизни, к другим людям и к себе, перфекционизма и неудовлетворенности ожиданий на суицидальное поведение».

- Кампания по популяризации услуг службы охраны психического здоровья и служб по профилактике злоупотребления психоактивными веществами и предупреждению самоубийств, борьбе с проявлениями дискриминации лиц, обращающихся за такими услугами, по развенчанию мифов о самоубийстве и повышению информированности о том, что самоубийство – это решаемая проблема общественного здравоохранения;

- Освещение Всемирного дня борьбы с суицидами, кампаний по предупреждению суицидов, что способствует снижению связанной с ними стигматизации;

- Создание и реализация специализированных образовательных программ для различных специалистов: школьных психологов и учителей, преподавателей ВУЗов, работников служб экстренного реагирования о профилактике суицидального поведения;
- Проведения учебных мероприятий по предупреждению самоубийств (психообразовательные беседы) для разных ситуаций, например для школ, других учебных заведений, военных структур, мест лишения свободы;
- Создание «школ жизнестойкости» с целью развития навыков позитивного совладания с неблагоприятной повседневной или чрезвычайной стрессогенной ситуацией, ее преобразования при сохранении душевного равновесия без снижения функционального уровня, с формированием поведения, направленного на поиск неформальной и профессиональной поддержки, развития навыков преодоления кризисных ситуаций;
- Привлечение неформальных ресурсов помощи – добровольных благотворительных организаций, добровольцев из числа студентов психологических факультетов, священников, по «чину» знакомых с пастырской психиатрией, людей с опытом успешного преодоления кризисного состояния.

2. Комплекс организационных мер по:

- Формированию привлекательности здорового образа жизни, повышению патриотичности, укреплению религиозных чувств, дестигматизации суицида в религиях;
- Повышению занятости населения, включая решение проблемы безработицы;
- Созданию мероприятий для молодежи в сотрудничестве с культурно-просветительными организациями, Министерством культуры Свердловской области;
- Организации досуговой деятельности, укреплению института семьи и брака;
- Улучшению условий воспитания детей и молодежи, гармонизации психофизического развития, повышению культурного уровня, пробуждению интереса к самопознанию, развитию личности, и творческому отношению к различной деятельности;
- Снижению доступности психоактивных веществ для несовершеннолетних;
- Повышению наркологической грамотности родителей;
- Организации преемственности суицидологической помощи, выстраиванию процесса межведомственного взаимодействия заинтересованных ведомств – Министерства культуры, Министерства социальной политики, Министерства физической культуры, спорта и молодежной политики, Министерства общего и профессионального образования Свердловской области, разработка порядка межведомственного взаимодействия по профилактике суицидальных попыток и суицидов;
- Разработке и поддержанию сайтов для онлайн-кризисного консультирования, онлайн-групп взаимопомощи с целью снижения суицидального поведения и распространению информации о них на основании соответствующего Приказа Минздравсоцразвития РФ N 1086, МЧС РФ N 550, Минобрнауки РФ N 2415, Минкомсвязи РФ N 241 от 29.09.2011 «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации». Примером может быть интернет-ресурс «Победишь.ру» (www.pobedish.ru);

- Снижению доступности запрещенных сайтов, призывающих к суициду.

3. В качестве стратегических мишеней для суицидологической **превенции у подростков** рассматривается развитие у них навыков совладающего поведения со стрессом, улучшение отношений в семье и борьба с обусловленным культурой и субкультурой положительным отношением к смерти. С учетом значимости проблемы рекомендуется сделать это направление в работе школ приоритетным в ближайшие годы. Огромное значение имеет профилактическая работа педагогов и школьных психологов в сотрудничестве с семьями в формировании антисуицидальных факторов. Антисуицидальные факторы личности – это сформированные положительные жизненные установки, комплекс

личностных факторов и психологических особенностей человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся:

- эмоциональная стабильность, привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность, хорошо развитое самосознание;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представление о позорности самоубийства и неприятии суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных еще жизненных возможностях;
- навыки социально приемлемого самоутверждения, высокая самооценка, вера в свои силы и умение решать проблемы, в том числе и обратиться за помощью;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;
- наличие актуальных жизненных ценностей и целей;
- проявление интереса к жизни, оптимистичное мировоззрение;
- привязанность к родственникам и близким людям, значимые отношения с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативное представление своего внешнего вида после самоубийства.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер. Это темы, которым должна быть посвящена общая направленность работы и целевые мероприятия – классные часы, собрания и т.д.

Основными поводами суицидов среди подростков являются нарушения межличностных отношений в школе. В связи с этим необходимо принять меры по нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизни (культуре, спорте, искусстве, науке).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, в спокойном, доброжелательном тоне. Для предотвращения суицидов у детей учителя могут вселять в детей уверенность в своих силах и возможностях, внушать им оптимизм и надежду, проявлять сочувствие и понимание, осуществлять контроль над поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками и свое отношение к нему.

4. Другой превентивной мерой является **ограничение доступа** предполагаемых суицидентов к средствам, с помощью которых можно легко убить себя. Такие методы как ограничение доступа к огнестрельному оружию, транспортным средствам, лекарственным препаратам, ядовитым химическим соединениям (включая пестициды и гербициды), заграждения, которые не позволяют легко спрыгнуть с моста, меры по предотвращению доступа на крыши и строящиеся здания посторонних эффективны в снижении уровня суицидов в обществе. Также важно снижение опасности средств, используемых для самоубийств (детоксикация средств бытовой химии), выписывание препаратов пациентом с учетом суицидогенного потенциала назначенного количества.

5. Медицинские меры:

- Раннее выявление и специализированная помощь лицам в кризисном состоянии, с аффективной (депрессивной), поведенческой патологией, алкогольной зависимостью и другими психическими расстройствами, их наблюдение и реабилитация;

- Адаптация программ обучения – подготовка студентов-медиков, врачей первичной медицинской сети, студенческих поликлиник и прочих специалистов (психологов, педагогов, специалистов по социальной работе) по своевременному выявлению психических расстройств, по профилактике суицидального поведения;
- Расширение научно-доказательного подхода, научно обоснованных рекомендаций по снижению уровня самоубийств. Разработка программы и системная периодическая профессиональная подготовка по теме «суицидология» врачей психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов, социальных работников;
- Сбор и систематизация точных данных по самоубийствам и суицидальным попыткам, объединение работы по мониторингу самоубийств с другими мероприятиями, использование ее в развитии и оценке действий по предупреждению самоубийств;
- Проведение эпидемиологических исследований эпидемий самоубийств с использованием определённых токсических веществ, новых способов самоубийства, своевременное реагирование на новые данные, расширение масштабов научных исследований, оценки эффективных медицинских вмешательств в помощи суицидентам;
- Проведение научно-практических конференций для врачей общей лечебной сети, для психиатров и психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников по психиатрии, суицидологии. Повышение уровня осведомленности врачей о причинах и мотивах, риске суицидального поведения с целью повышения результативности работы и снижения риска эмоционального выгорания;
- Разработка методик скрининга для широких групп населения, в том числе включающих вопрос о потенциальном желании обращения за специализированной помощью, о суицидальных попытках за последний год;
- Профилактика стигматизации суицидентов средним медицинским персоналом медицинских организаций Свердловской области. Обучение среднего и младшего медицинского персонала наблюдательности, бдительности посредством введения в образовательный стандарт суицидологии и психологии кризисных состояний, организации суицидологической службы в психиатрических учреждениях;

Вторичная профилактика направлена на своевременное выявление пресуицидального периода, купирование уже развившегося суицидального поведения и предупреждение смертельного исхода, суицидальной попытки (проведение безотлагательных общемедицинских мероприятий). Может успешно осуществляться на базе кабинетов (центров) социально-психологической помощи, «телефона доверия», учреждений здравоохранения. Задача ее состоит в превентивных вмешательствах среди уязвимых групп населения, предотвращении суицидов у контингента лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса и представляющих собой группу риска.

К этой группе профилактических мер может быть отнесена необходимая профилактика суицидального поведения онкобольных на всех этапах их лечения и динамического наблюдения в онкологической клинике. Подготовка медицинского персонала профильных клиник (тематические семинары, лекции) и более широкое привлечение специалистов в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии для психодиагностической и коррекционной работы.

Третичная профилактика (поственция) направлена на предотвращение повторных суицидов, оказание психосоциальной, медицинской помощи суициденту, а также оказание психологической, а при необходимости и психиатрической помощи родственникам суицидента, что может решаться в кризисных стационарах и на уровне кабинетов социально-психологической помощи – КСПП (их деятельность освещается ниже). Специалисты, задействованные в работе суицидологической службы, проводят сопровождение суицидента в период реадaptации, проводя весь комплекс мероприятий по восстановлению его здоровья, нормализации социального, психологического, профессионального, образовательного статуса и прочие необходимые меры антисуицидальной направленности.

К этим мерам можно отнести и необходимость создания документов с прописанными действиями персонала в экстренных ситуациях, таких как суицид пациента в стационаре, что позволит избежать проявления психической дезадаптации, синдрома выгорания, снизить уровень суицидов среди медицинского персонала.

5.3. Содержание мер профилактики суицидального поведения

Согласно рекомендациям ВОЗ целесообразно разделить на следующие виды вмешательств в суицидологической помощи:

1. **Универсальные стратегии предупреждения самоубийств** ставят целью охватить все население мерами, направленными на всемерное улучшение здоровья и сведение к минимуму риска самоубийства путем устранения препятствий к получению помощи, облегчения доступа к поддержке, укрепления защитных процессов, таких как социальная поддержка, и улучшения средовых условий.

2. **Селективные стратегии предупреждения самоубийств** обращены к уязвимым группам населения, идентифицируемым на основе таких характеристик, как возраст, пол, род занятий или семейный анамнез. Люди, на текущий момент не проявляющие суицидальных наклонностей, могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении.

3. **Индивидуально показанные профилактические стратегии** обращены к отдельным уязвимым индивидам, например проявляющим ранние признаки суицидального потенциала или совершившим попытку самоубийства.

Кроме указанных выше мер, разработан комплекс мер по снижению смертности населения Свердловской области от самоубийств, в том числе среди подростков, на период 2017-2020 годы, предусматривающий в общем виде следующие профилактические меры:

1. Мероприятия по информированию населения о факторах риска суицидального поведения;

2. Мероприятия, направленные на своевременное выявление факторов суицидального риска и их коррекцию;

3. Совершенствование методов терапии пациентов с суицидальным риском. Повышение приверженности к лечению у пациентов с суицидальным риском;

4. Повышение профессиональной квалификации врачей и медицинских психологов, участвующих в оказании помощи пациентам в кризисных и суицидоопасных состояниях;

5. Внедрение эффективных методов лечения пациентов с суицидальным риском;

6. Разработка и направление информационного письма в адрес руководителей медицинских организаций Свердловской области с рекомендациями по ограничению доступа пациентов к средствам самоубийства;

7. Кадровое обеспечение суицидологической Помощи;

8. Активное межведомственное взаимодействие по вопросам профилактики суицидального поведения;

9. Мониторинг суицидальной активности населения.

5.4. Нормативная база системы суицидологической помощи

Нормативной базой для формирования системы суицидологической помощи в муниципальных образованиях является Законодательство Российской Федерации о социальном обслуживании населения, здравоохранении, образовании. Кроме того, следующие нормативные акты:

Постановление Минтруда и социального развития РФ от 19.07.2000 г. № 52 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр социальной помощи семье и детям» (в ред.

Постановления Минтруда РФ от 26.03.2001 № 28, Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2008 №665);

Постановление Минтруда и социального развития РФ от 19.07.2000 г. № 53 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2008 №665);

Постановление Минтруда и социального развития РФ от 19.07.2000 г. №54 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр экстренной психологической помощи по телефону» (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 24.11.2008 №665);

Постановление Минтруда и социального развития РФ от 29.03.2002 г. № 25 «Об утверждении рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» (в ред. Постановления Минтруда РФ от 23.01.2004 № 2);

Приказ Минздрава РФ от 26.11.1996 №391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» и «Методические рекомендации о работе врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов»;

Приказ Минздрава РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»;

Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 г. № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях»;

Приказ Минздрава РФ от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»;

Федеральный закон РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 г., утвержденная Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351;

Федеральный закон РФ от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ "О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию";

Решение Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 16 августа 2011 г. по вопросу «О реализации мер, направленных на снижение смертности детей от внешних причин»;

Приказ Минздравсоцразвития РФ № 1086, МЧС РФ N 550, Минобрнауки РФ N 2415, Минкомсвязи РФ N 241 от 29.09.2011 «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации»;

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 г. № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено»;

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;

Письмо Минздравсоцразвития РФ от 04.06.2012 г. № 15- 2/10/1 – 190 Администрации президента РФ;

Распоряжение Правительства РФ от 15.10.2012 г. № 1916-р и «План мероприятий на 2015 - 2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы»;

Приказа Минздрава Свердловской области от 28.01.2009 г. № 54-п «О мерах по

дальнейшему снижению числа суицидов в Свердловской области»;

Приказ Минздрава Свердловской области от 13.04.2012 г № 387-п «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения в Свердловской области»;

Письмо Минобрнауки России от 28.04.2014 г. № 115/03 «О направлении методических материалов для обеспечения информационной безопасности детей при использовании ресурсов сети Интернет»;

План мероприятий на 2015-2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2015 г. № 167-р;

Рекомендации по распространению в СМИ информации о случаях самоубийства, одобренные Общественным советом при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол заседания №1 от 27 июня 2016 года);

Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.01.2016 № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида»;

Комплекс мер по снижению смертности населения Свердловской области от самоубийств, в том числе среди подростков, на период 2017-2020 годы (утвержден Министром здравоохранения Свердловской области 06.03.2017 г.).

Основными единицами, оказывающими суицидологическую помощь в системе здравоохранения, является кабинет социально-психологической помощи, «телефон доверия», отделение кризисных состояний (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998 г. №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»). В рамках оказания первичной медико-санитарной помощи в учреждениях здравоохранения муниципальных образований должны быть развернуты психотерапевтические кабинеты. В их состав входит врач-психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 г. №438 «О психотерапевтической помощи»). Нормативы наличия кабинетов психотерапевтов и психологов в структуре системы здравоохранения муниципальных образований Свердловской области указаны в **Приложении 1**.

6. Организационная структура суицидологической службы

Предотвращение суицидов и реабилитация суицидентов – не только медицинская проблема. Должны быть использованы ресурсы системы социальной защиты, службы занятости, системы образования и т. д. Федеральным научно-методическим центром суицидологии и ВНИИ МВД СССР впервые была разработана организационная структура превенции и медико-социальной помощи населению (*Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Тихоненко В. А., 1978*). В основу этой организационной структуры заложены 2 основных принципа:

- 1) преемственность оказания социальной, медицинской, психологической помощи, просветительской, воспитательной работы;
- 2) оказание социально-психологической помощи суицидентам вне структур психиатрической службы.

Среди принципов службы особое место занимает доверительность, запрет требовать вознаграждения за услуги и запрет оказания любого давления. Принципы работников служб – «не судить, не критиковать и даже не удивляться», а помочь человеку самостоятельно прийти к правильному решению. Население широко информируется о наличии «телефонов доверия», КСПП, но самоубийства при этом не упоминаются, сообщается только, что оказывается «помощь в беде, безнадежности и депрессии».

Одним из главных принципов деятельности служб является также их анонимность и абсолютная конфиденциальность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получают огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта.

Структура суицидологической службы на территории должна быть представлена следующими подразделениями:

- центр (кабинет) социально-психологической помощи;
- служба (телефон) экстренной психологической помощи – «телефон доверия»;
- кризисный стационар (кризисные койки) в учреждении здравоохранения.

Главное преимущество службы состоит в том, что ее основные звенья действуют не автономно, а объединены в систему. Структурные подразделения – «телефон доверия», кабинеты социально-психологической помощи, кризисные стационары – имеют преемственную связь и координируются центром.

6.1. Центр или кабинет социально-психологической помощи

Необходим в каждой территории. Формируется на основе взаимодействия всех социальных служб, присутствующих в территории. Желательно создание самостоятельной структуры – КСПП. В случае дефицита ресурсов может формироваться на базе кабинета психиатра, психотерапевта ЦГБ или ЦРБ, кабинета психолога Центра социального обслуживания и т. д. Это основное звено службы. В его задачи входит:

- Сбор данных о суицидологической обстановке в территории. Целесообразно налаживание постоянной связи с отделением скорой медицинской помощи, травматологическим отделением, другими отделениями больниц, которые могут оказывать помощь суицидентам. Данные анализируются. Каждый случай суицидальной попытки, по возможности, исследуется. Это осуществляется при консультации психиатра, психолога, социального работника в стационаре или при активном выходе на дом. Суициденту даются рекомендации, он приглашается на консультации или направляется в отделение кризисных состояний. Определяется необходимый объем социальной, психологической, медицинской помощи, помощи в трудоустройстве и т. д. Сложные случаи представляются для обсуждения межведомственной рабочей группы по предотвращению суицидов.

- Проведение образовательных программ для населения, направленных на знание признаков кризисного состояния и возможного суицида у себя и близких.

- Проведение образовательных программ для медицинских работников, направленных на знания признаков суицидоопасных состояний (скрытые депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство, наркологические заболевания).

- Активное выявление и наблюдение за лицами из группы суицидального риска, особенно за совершившими суицидальные попытки или прямо или косвенно угрожающими совершить суицид.

- Психологическое консультирование населения (возможно анонимное).

- Преемственность между токсикологическими центрами, кризисными стационарами и амбулаторной службой.

- Создание и курация групп само- и взаимопомощи пациентов.

Каждый специалист, привлекаемый к работе в КСПП, выполняет объем помощи пациентам в соответствии со своей профессиональной компетенцией.

Примером организации работы КСПП является опыт работы службы в Нижнем Тагиле в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №7». Там за время работы суицидологической службы разработан и внедрен механизм сбора статистических данных, ведется разъяснительная и методическая работа с врачами лечебно-профилактических учреждений по профилактике суицидов. Несовершеннолетние пациенты, совершившие попытку самоубийства, выписываются из соматических стационаров только после

консультации врача-психиатра, работающего в кабинете социально-психологической помощи. Сотрудники приемных покоев детских больниц города сообщают сведения о поступивших в стационар несовершеннолетних пациентах, совершивших суицидальные попытки. Социальный работник КСПП заносит эти сведения в журнал, сообщает об этом врачу-психиатру, врач-психиатр консультирует несовершеннолетнего пациента в стационаре, дает рекомендации в необходимости консультации несовершеннолетнего пациента вместе с родителями в КСПП для профилактики повторных суицидов. При необходимости к работе подключается специалист по социальной работе, социальный работник, проводится психологическое тестирование и консультирование, индивидуальная, семейная, групповая психотерапия. Таким образом, пациентам, совершившим попытки суицида, помощь оказывается по принципу многопрофильной бригады. Взрослому населению помощь оказывается на тех же принципах. При сохраняющейся опасности совершения повторного суицида пациенты направляются на госпитализацию в кризисный стационар.

Взаимоотношения специалистов КСПП строятся в соответствии с принципами терапевтической бригады, изложенными в методических рекомендациях о работе в многопрофильной бригаде специалистов, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (Приказ Минздрава России от 26.11.96 №391).

В обязанности врача входят амбулаторное обследование, консультирование и лечение лиц, находящихся в суицидоопасном или кризисном состоянии; выдача, при необходимости, в соответствии с установленными правилами листка временной нетрудоспособности; направление на госпитализацию в отделение кризисных состояний; ведение медицинской и отчетной документации; психогигиеническая работа с родителями несовершеннолетних, находящихся в суицидоопасном состоянии; организация профилактической работы в учреждениях образования, комиссиях по делам несовершеннолетних; просветительская работа.

Психолог участвует в амбулаторном приеме пациентов и осуществляет предварительную психологическую диагностику; проводит экспериментально-психологическое исследование; участвует в планировании, организации и проведении различных индивидуальных и групповых форм психотерапии и психологической коррекции.

Социальный работник проводит с согласия пациента обследование условий проживания и трудовой деятельности, осуществляет с согласия пациента меры по реализации его прав и интересов по месту учебы или работы, в органах и учреждениях исполнительной власти и др.; оказывает пациенту помощь в бытовом и трудовом устройстве; ведет дневник индивидуальной реабилитационной программы; участвует в составлении рекомендаций.

При бригадной форме работы врач, медицинский психолог, специалист по социальной работе и др. рассматривают клинико-терапевтические явления под различным углом зрения с позиции своих специальностей, взаимно дополняя друг друга. В связи с задачами терапии и реабилитации повышается роль современной многоосевой (многомерной) диагностики, поскольку только клинический подход не учитывает все возможные биопсихосоциальные факторы болезни. Комплексная оценка состояния пациента при многоосевой диагностике включает в себя: анализ клинических данных (диагноз, ведущий синдром); актуальное психологическое состояние во взаимосвязи с проводимой терапией, отражающие степень компенсации; профессионально-трудовых данных (степень трудоспособности, трудовая занятость); социально-бытовых данных (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и несемейной сферах общения); психологических особенностей (наличие и степень выраженности акцентуаций характера и патохарактерологических особенностей, наличие и характер мотивации к участию в реабилитационных мероприятиях и др.). Это позволяет сформулировать конкретный для каждого больного индивидуальный план реабилитации, включая весь необходимый комплекс медико- и социореабилитационных мероприятий (индивидуальная, семейная,

групповая психотерапия, социотерапия, терапия средой и др.), в конечном счете имеющий своей целью возвращение пациента в полноценную жизнь.

Указанный комплекс мероприятий может быть обеспечен только содружественной работой психиатра, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, юриста, педагога и других специалистов.

Привлекательность КСПП возрастет при привлечении неформальных ресурсов – информация о КСПП должна быть помещена на стендах, в многотиражке и на сайте образовательных учреждений. Электронную страницу КСПП следует посвятить антисуицидальной тематике, включая онлайн консультирование и тестирование.

В Пермском крае введен **Порядок межведомственного взаимодействия по профилактике суицидальных попыток и суицидов несовершеннолетних** (Постановление КДНиЗП Пермского края от 03.12.2014 г. № 11), основными отличительными особенностями которого являются:

- Определение круга ответственных должностных лиц и последовательность их взаимодействия

Централизованный мониторинг факторов риска суицидального поведения несовершеннолетних, персональный учет несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку;

- Организация профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению посредством ежегодной психологической диагностики, указаний психологом факторов риска суицидального поведения у конкретного несовершеннолетнего;

- Консилиумы специалистов, либо советы профилактики с участием законных представителей несовершеннолетнего, представителей учреждений здравоохранения, на которых разрабатываются индивидуальные программы сопровождения (ИПС) несовершеннолетних, имеющих факторы риска суицидального поведения, назначается куратор ИПС;

- В случае совершения суицидальной попытки несовершеннолетним КДНиЗП рассматривает данный случай на заседании совместно с законными представителями несовершеннолетнего, готовит постановление об организации профилактической работы с несовершеннолетним и семьей по оказанию комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи (далее – Постановление);

- Образовательная организация на основании Постановления на консилиуме специалистов либо совете профилактики разрабатывает индивидуальную программу сопровождения (ИПС) несовершеннолетнего, совершившего суицидальную попытку, планирует мероприятия по оказанию помощи, с законными представителями обсуждаются рекомендации психолога и куратора ИПС, контроль осуществляет куратор ИПС;

- Организация профилактической работы с окружением несовершеннолетнего, совершившего суицид, выход психолога, психотерапевта в образовательную организацию;

- Муниципальная КДНиЗП организует рассмотрение случая суицида на экстренном заседании;

В Омской области межведомственная рабочая группа для предупреждения суицидального поведения включила представителей областных министерства здравоохранения, труда и социального развития, культуры, образования, по делам молодежи, физической культуре и спорту.

6.2. Служба (телефон) экстренной психологической помощи – «телефон доверия»

Необходим в каждой территории. Основным направлением деятельности «телефона доверия» является оказание заочных (по телефону) социально-психологических услуг обратившимся за помощью гражданам.

«Телефон доверия» работает круглосуточно. По возможности, следует предусмотреть возможность бесплатного для звонящего свободного доступа к консультации по телефону. Примером может являться областной «телефон доверия» на базе ГБУЗ СО «СОКПБ» с бесплатным номером 8-800-300-1100. При наличии ресурсов возможно выделение линий для разных групп населения – взрослых, подростков и т. д. Например, открытый также в ГБУЗ СО «СОКПБ» «телефон доверия» для детей, подростков и их родителей с бесплатным для звонящего номером 8-800-300-8383.

Указанные телефоны доступны для всех звонящих с территории Свердловской области, звонок для абонента бесплатный. Распространение информации об указанных номерах телефонов среди населения внесет весомый вклад в профилактику суицидов.

Задачи консультирования по телефону:

- снижение психологического дискомфорта, уровня агрессии, включая аутоагрессию и суицидальные намерения, формирование психологической культуры, укрепление психического здоровья, атмосферы защищенности населения, в т.ч. несовершеннолетних,
- обеспечение доступности и своевременности психологической помощи по телефону для граждан независимо от их социального статуса и места жительства;
- обеспечение каждому гражданину, обратившемуся за советом и помощью, возможности доверительного диалога;
- психологическое консультирование по телефону; помощь абонентам в мобилизации их творческих, интеллектуальных, личностных, духовных и физических ресурсов для выхода из кризисного состояния;
- расширение у абонентов диапазона социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепление уверенности в себе;
- направление абонентов в соответствующие организации, учреждения, где их запросы могут быть удовлетворены более полно и квалифицированно;
- анализ причин и источников повышенного психического напряжения различных возрастных и социальных групп населения и доведение результатов до сведения органов социальной защиты населения и заинтересованных учреждений и организаций.

Абонентам «телефона доверия» должна быть гарантирована анонимность и соблюдение прав личности. Цель работы отделения – ликвидация у обратившихся кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций. После выяснения в ходе психотерапевтической беседы сути экстремальной ситуации дежурный сотрудник отделения рекомендует абоненту обратиться по поводу возникшей проблемы в психотерапевтический кабинет поликлиники, центр социальной помощи, кабинет социально-психологической помощи, отделение кризисных состояний или иные учреждения.

6.3. Отделение кризисных состояний

Отделения кризисных состояний организуются в составе психиатрической больницы или ЦГБ (ЦРБ) крупных городов. В других муниципалитетах может быть целесообразно открытие палаты кризисных состояний в составе психиатрического отделения многопрофильной больницы, либо любого другого стационара. Там, где открытие палаты невозможно, необходимо принять меры по направлению людей в кризисных состояниях в соответствующие отделения в центрах административных округов или кризисное отделение филиала «Сосновый бор» ГБУЗ СО «СОКПБ». Госпитализация в эти отделения возможна только с добровольного согласия пациента. Противопоказаниями для поступления в кризисное отделение являются тяжелые соматические заболевания, требующие неотложной терапии в соответствующих стационарах, а также острые психотические состояния, требующие госпитализации в психиатрическую больницу. Сроки пребывания в отделении

устанавливаются индивидуально, по согласованию с пациентом. Отделение работает в режиме открытых дверей с широким использованием домашних отпусков.

Отделение оказывает все виды необходимой медицинской, психотерапевтической, психологической, социально-психологической помощи для разрешения внутреннего и межперсонального конфликта, состояния горя и потери, приведшего к кризисному суицидоопасному состоянию. После выписки пациенту рекомендуется продолжение наблюдения в кабинете социально-психологической помощи, кабинете психотерапевта, у психолога центра социальной помощи и т. д.

Сейчас подобные отделения существуют в: ГБУЗ СО «СОКПБ» в клинике неврозов – 30 коек; ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №7» г. Нижний Тагил – 30 коек; в Филиале «Первоуральская психиатрическая больница» ГБУЗ СО «СОКПБ» – 15 коек. Суицидальные пациенты госпитализируются также на психиатрические койки других учреждений, но эта тактика не всегда адекватна, поскольку речь идет чаще о психически здоровых людях, находящихся в состоянии кризиса. Таким образом, открытие кризисных палат и коек является необходимостью.

7. Модель бригадного взаимодействия при оказании суицидологической помощи

Как уже показано, каждый случай суицидального поведения подлежит изучению, созданию системы мер по разрешению имеющихся социальных, семейных, психологических проблем пациента. Универсальным инструментом для этого является создаваемая рабочей группой по предотвращению суицидов многодисциплинарная бригада специалистов, участвующих в ведении пациента в рамках своей зоны работы и компетенции.

Периодичность собраний бригады в полном составе – один-два раза в месяц для выработки плана реабилитации пациента и контроля его исполнения. Место сбора межведомственной бригады может меняться, в зависимости от конкретных задач и планов бригады. Для ведения собрания бригады и его протокола выбирается председатель и секретарь; первый организует обсуждение, на котором члены бригады высказывают свое мнение по представляемому случаю, второй ведет протокол собрания. На каждом собрании один из членов бригады указывает текущие проблемы конкретного пациента по ранжиру значимости с обязательным учетом позиции пациента и его близких. Чаще включаются следующие пункты: обсуждение текущих проблем пациента; планирование действий, направленных на решение этих проблем; определение членов бригады, ответственных за выполнение конкретных действий; определение срока выполнения задач; отчет о выполнении задания, полученного на предыдущей встрече. Количество часов работы с пациентом зависит от поставленной задачи и долгосрочности целей реабилитации. Бригада определяет, сколько времени нужно уделить тому или иному пациенту. То же самое касается и частоты контактов его близких с различными специалистами. Бригада контролирует сроки выполнения отдельных задач и ускоряет процесс за счет привлечения специалистов соответствующих ведомств. Новые члены информируются о принципах работы бригады, обсуждаются недостатки, трудности совместной работы. Следует выделить время для обсуждения бригадного взаимодействия, ролевых позиций членов бригады.

Для детей и подростков следует оценить влияние отношений в семье и школе на психику ребенка, его реакции на конфликты, ссоры, особенности его поведения при желании чего-то добиться. Следует определить самооценку, поведение ребенка во время игр, досуга. Можно использовать для диагностики рисунки ребенка, определение красок в них, которые он чаще использует, психологические тесты. Имеет смысл, с его согласия, знакомиться с записной книжкой ребенка, наблюдать за тем, что он чаще смотрит по телевизору, какие книги предпочитает. Тогда появляется возможность выявления признаков возможного повторного суицидального поведения, например, резкое изменение стиля общения, наличие

сильных эмоциональных переживаний, нарушение сна, аппетита, потеря интереса к окружающему, подготовка предметов, способных быть орудием суицида и т. д. При настораживающем изменении поведения ребенка появляется возможность привлечь нужного специалиста или вмешаться в травмирующие условия его жизни. Для предотвращения суицидальных попыток при наличии суицидального поведения психологу необходимо:

- принять меры по снятию напряжения в психотравмирующей ситуации,
- уменьшить психологическую зависимость от причины, повлекшей суицидальное поведение,
- помочь выбрать правильное поведение, компенсаторные механизмы поведения,
- формировать адекватное отношение ребенка к жизни и смерти

Школьный психолог должен и имеет право обсуждать каждый конкретный случай с другими специалистами суицидологической службы. При возникновении подозрения, что у ребенка имеется суицидальный риск или депрессия, необходимо объяснить родителям важность проблемы и предложить помощь бригады специалистов. При подозрении на психическую патологию у ребенка необходимо предложить родителям получить для ребенка консультацию психиатра. По особенностям тактики работы с детьми см. **Приложение 4**.

Для взрослых пациентов бригады большое значение имеет наблюдение изменения стиля поведения и общения (замкнутость или выраженная общительность), знание его личностных проблем и его отношение к ним. Суицидент сам рассчитывает на помощь со стороны окружающих и только когда убеждается, что он одинок, замыкается в себе. Бригадный же подход позволяет охватить вниманием большой круг населения путем распределения пациентов между «ведущими» каждый случай членами бригады.

В **Приложении 5** даны рекомендации по поведению с суицидентом для руководителей организаций, должностных лиц до обращения в специализированные службы.

8. Заключение

Смертность от суицидов занимает важное место среди всех причин смертности, опережая смертность в результате дорожно-транспортных происшествий. Высок уровень самоубийств среди молодежи, а смертность в результате самоубийства в возрасте от 15 до 34 лет занимает первое место. Основными источниками стресса называются падение доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы. Определено, что каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке. В состоянии тяжелого стресса человек часто реагирует двумя наиболее примитивными формами социального протеста и призыва – ростом самоубийств и умышленных убийств. Следует отметить, что динамика распространенности этих проявлений агрессии, направленной на себя или на окружающих, демонстрирует похожие закономерности.

В России проблемы психического здоровья и самоубийств признаны вопросами национальной безопасности. При этом надо понимать, что работа по снижению числа самоубийств – не только наша обязанность, но и общечеловеческий долг.

9. Литература

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней: Перевод с англ. - М., 1995
2. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения. // В сб.: Актуальные проблемы суицидологии.-М., 1978, с.44-59.
3. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и профилактика суицидального поведения. В сб.: Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. - М., 1984, с. 62-77.

4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид, как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. В сб.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. - М., 1978, с. 6 - 28.
5. Антохин Г.А. Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1981. Стр.168 - 177.
6. Войцех В.Ф. Суицидология. М., «Миклош», 2008.
7. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Пусть умирает тот, кто не хочет жить? - Краснодар, 1994.
8. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. П.Р.ООН. - М., 1996, с. 49.
9. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. С-Пб.: Союз, 1978.493 с.
10. Кузнецов В.Е. Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. - стр. 84 - 93.
- Менингер К. Война с самим собой. - М.: «ЭКСПО-Пресс», 2000. 480 с.
11. Постовалова Л.И. Сравнительно - возрастные исследования в суицидологии. - М., 1989. - с. 24-34.
12. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. - Пермь, 1993.
13. Фрейд З. Печаль и меланхолия. В кн.: Суицидология: прошлое и настоящее. - М.: Когнитивный центр, 2001, с 255-270.
14. Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет: Перевод с нем. - Тбилиси, 1991.
15. Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно - ориентированной психологии: Перевод с англ. - М., 1996.
16. Потешкин Н.М., Спирина Т.В. Методические рекомендации: «Организация межведомственной работы по снижению числа суицидов в муниципальных образованиях Пермского края» - Пермь, 2015.
17. Allen N. Suicide: Assesment and intervention. - N. Y., 1987. P. 1-19.
18. Bertschy G., Vangel S. L'Encephale. - 1991. - vol. 17, № 1. - P. 33 - 36.
19. Holinger P.C., Offer D., Ostrov E. Amer. J. Psych. - 1987. - vol. 144, № 2.
20. Mann J. Psychobiologic predictors of suicide. J. Clin. Psych.,-1987. -№ 42.
21. Pokorny A.D. Arch. Gen. Psychiat. - 1983. - vol. 40, № 2. - P .249 - 257.
22. Shneidman E. Suicidology : contemporary development. - N. Y., 1976.
23. Любов Е.Б., Кабизулов В.С., Цупрун В.Е., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы Российской Федерации: структура и функция// Журнал «Суицидология». 2014. № 3 С. 3-18
24. Юрьева Л.Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала // Журнал «Суицидология». 2014. № 4 С. 32-37
25. Николаев Е.Л. Кризис и суицид: клинико-психологический анализ аутоагрессивного поведения // Журнал «Суицидология». 2015. № 3 С. 54-61
26. Кушнарёв В.М., Семикин Г.И., Любов Е.Б., Гилод В.М., Миронов А.С., Пиканина Ю.М., Цупрун В.Е. Кабинет социально-психологической помощи в ВУЗе // Журнал «Суицидология». 2015. № 3 С. 61-68
27. Сергеева Е.А., Васильев В.В., Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Современные исследования суицидального поведения психически больных // Журнал «Суицидология». 2015. № 4 С. 32-40
28. Д.Г. Трунов Определение суицида: поиск критериев // Журнал «Суицидология». 2016. № 1 С. 64-68
29. Игумнов С.А., Гелда А.П., Осипчик С.И. Система профилактики суицидального поведения: опыт Беларуси // Журнал «Суицидология». 2016. № 2 С. 3-23
30. Материалы VI Национального конгресса по социальной психиатрии наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее», 18-20.05.2016 г., г. Уфа
31. Материалы «Школы превентивной суицидологии и девиантологии» 30.10-01.11.2017 г., г. Тюмень

Нормативы наличия кабинетов психотерапевтов и психологов, стационарных коек для пациентов с «пограничными» психическими расстройствами, кризисных коек и линий «телефонов доверия» в структуре системы здравоохранения муниципальных образований Свердловской области

(Примечание: Для кабинетов указаны должности врачей психотерапевтов. На каждую должность врача выделяется должность медицинского психолога, социального работника, медицинской сестры.)

Муниципальные образования	кабинеты			Стационарные койки			Телефон Доверия
	психотерапевты взрослые	психотерапевты детские	КСПП	койки пограничные детские	койки пограничные взрослые	Койки кризисные	
МО г.Екатеринбург	44,5	19	13	30	100	30	4 линии
Северный округ							
Волчанский ГО	0,25						
Ивдельский ГО	1	0,25	0,25				
Карпинск ГО	1	0,5	0,25				
Качканарский ГО	1,5	0,5	0,25				
ГО Краснотурьинск	2	1	0,5	15	20	10	1 линия
Красноуральский ГО	0,75	0,5	0,25				
Нижнетуринский ГО	1	1	0,25				
Североуральский ГО	1,5	0,75	0,5				
Серовский ГО	3	1,5	1		20		1 линия
ГО Верхотурский	0,5	0,25					
Гаринский ГО	0,25						
Новолялинский ГО	0,75	0,25	0,25				
Сосьвинский ГО	0,75	0,25	0,25				
Пелым ГО							
Восточный округ							
МО г.Алапаевск	1,5	0,75	0,5				
ГО г.Ирбит	1,25	0,5	0,5	15	20	10	1 линия
Алапаевское МО	1	0,5	0,25				
Артемовский ГО	2	1	0,5				
Байкаловский МО	0,5	0,25					
Ирбитский МО	1	0,5	0,5				
МО Камышловский р-н	1,75	0,75	0,5				
Пышминский ГО	0,5	0,25	0,25				
Слободо -Туринский МР	0,5	0,25					
Таборинский МР							
Тавдинский ГО	1,5	0,5	0,5				
Талицкий ГО	1,5	0,75	0,5				
Тугулымский ГО	0,75	0,25	0,25				
Туринский ГО	1	0,5	0,25				
Западный округ							
Верхняя Пышма ГО	2,75	1,25	0,25				

Дегтярск ГО	0,5	0,25					
ГО Первоуральск	5	2	1,5	15	30	10	1 линия
Полевской ГО	2,25	1	0,75				
ГО Ревда	2	1	0,5				
Артинский ГО	1	0,5	0,25				
Ачитский ГО	0,5	0,25					
Красноуфимский ГОиМО	2,25	1,25	0,75				
Нижнесергинский МР	1,25	0,75	1				
Шалинский ГО	0,75	0,25	0,25				
Староуткинск ГО							
Бисертский ГО	0,25						
Горно-Заводской округ							
Верхний Тагил ГО	0,25						
Верхняя Тура ГО	0,25						
Кировградский ГО	1	0,5	0,25				
Кушвинский ГО	1,5	0,5	0,25				
МО г.Нижний Тагил	12,5	5,25	3,75	20	60	30	1 линия
Нижняя Салда ГО	0,5	0,25					
Верхнесалдинский ГО	1,75	0,5	0,5				
Невьянский ГО	1,25	0,5	0,25				
Горноуральский ГО	1,25	0,5	0,5				
Верх Нейвинский ГО							
ГО ЗАТО Свободный	0,25						
Южный округ							
Арамилский ГО	0,5	0,25					
Асбестовский ГО	2,25	1	0,75				
Березовский ГО	2	1	0,5				
МО г.К - Уральский	6	2,5	1,75	15	30	10	1 линия
Белоярский ГО	1,25	0,5	0,25				
ГО Богданович	1,5	0,75	0,5				
Каменский ГО	1	0,5	0,25				
Режевской ГО	1,5	0,75	0,5				
ГО Сухой Лог	1,5	0,75	0,5				
Сысертский ГО	2	1	0,5				
ГО Рефтинский	0,5	0,25					
Мальшевский ГО	0,25						
ВСЕГО ПО ОБЛАСТИ	132,75	58,25	37,5	110	280	100	13 линий

Клиническая картина депрессии. (рекомендации для врачей различных специальностей)

Миф о самоубийстве: Большинство самоубийств совершаются внезапно, без предупреждения.

Факт: В большинстве случаев самоубийству предшествуют предупреждающие знаки, вербальные или поведенческие. Безусловно, иногда самоубийства совершаются неожиданно. Но важно знать, какими бывают предупреждающие знаки, и вовремя обращать на них внимание.

Депрессия ухудшает общее самочувствие, затрудняет социально-трудовую деятельность и выполнение повседневных обязанностей в значительно большей степени, чем хронические соматические заболевания. Депрессия осложняет течение соматических заболеваний, снижает продолжительность и качество жизни. При этом пациенты склонны приписывать болезненное состояние каким-то внешним неблагоприятным обстоятельствам или соматическим болезням, либо винить себя в том, что не способны «взять себя в руки». Поскольку психическим расстройствам широко сопутствует стигматизация, люди (в особенности мужчины) порой избегают обращаться за помощью. В результате психические расстройства могут усугубляться, повышая риск самоубийства, чего можно было бы избежать путем вмешательства на ранней стадии.

Ведущим симптомом депрессии является в разной степени выраженное снижение настроения. При этом диагностика, особенно у мужчин, осложняется трудностью вербализации оттенков настроения, разнообразием вариантов – от легкой неуверенности в своих силах и возможностях до угрюмо-злой раздражительности, чрезвычайного внутреннего напряжения со злобностью («хочется рвать и метать»). Настроение может иметь много оттенков: тоскливое, печальное, грустное, подавленное, угнетенное, пессимистическое, разной степени тревожное, печально-боязливое, мрачное. Может отсутствовать желание что-либо делать (апатия), чувство удовольствия и радости (ангедония), наблюдаться как повышение, так и снижение эмоциональной чувствительности вплоть до безразличия, болезненное чувство отсутствия чувств (про это называют себя «живой труп»).

Но пациенты с депрессией, обращаясь к врачам различных специальностей, предъявляют, прежде всего, жалобы на соматическое состояние.

Сниженное настроение вербализуется ими через те или иные соматические нарушения: запоры, поносы, сухость во рту, сердцебиение, учащение пульса, артериальную гипертензию, головные боли, неприятные или болевые ощущения в различных органах, головокружение, нарушения сна (ранние пробуждения, свойство просыпаться), аппетита, сексуальной функции, нарушение менструального цикла, изменение массы тела. Здесь надо иметь в виду, что, с одной стороны, в рамках депрессии могут возникать реальные соматические симптомы; во-вторых, существует такая разновидность депрессии, как маскированная. Ее клиника проявляется исключительно сомато-ипохондрической симптоматикой.

Помочь разобраться может отсутствие объективных причин для возникновения предъявляемых больным жалоб, а также их «тусклость», многочисленность, нереальность сочетаний, суточные колебания выраженности симптомов, повторяемость, периодичность, сезонная предпочтительность, безрезультатность лечения как соматических больных, а также наследственная отягощенность психическими заболеваниями, а также подобные или более типичные депрессивные состояния в прошлом (либо гипоманиакальные, маниакальные – эпизоды беспричинно повышенного настроения).

Распознавание депрессии не представляет сложности при правильно поставленных открытых вопросах: «Как Вы спите?», «Чувствуете ли Вы себя отдохнувшим после сна?», «Какой у Вас аппетит?», «С интересом ли Вы работаете, увлекает ли Вас что-либо?», «В

каком состоянии Ваши нервы?», «Можете ли Вы справиться с этим состоянием?», «Что Вы делаете для своего удовольствия?». Пациент может ответить, что несколько месяцев плохо спит, с трудом встает, ест потому что просто надо, сильно устает от работы, нервы совершенно не в порядке, а об интересах и удовольствии и говорить нечего.

Следствием снижения настроения является затруднение мышления, что делают речь пациентов замедленной, тихой при общей заторможенности, либо сбивчивой, суетливой, непродуктивной при беспокойстве. Пациенты, особенно старших возрастных групп, высказываются о выраженных нарушениях памяти, утрате сообразительности, нарушениях внимания, невозможности сосредоточиться, склонности к сомнениям, которые иногда приобретают навязчивый характер, а также о своей несостоятельности, беспомощности и неизлечимости. Кроме того, затруднения мышления могут проявляться затруднением в подборе слов, чувством снижения психической активности, интеллектуальной слабостью, замедлением темпа и бедностью интонаций речи.

Еще одно следствие снижения настроения – снижение побуждений к деятельности (мотивации), что может проявляться ощущением вялости, снижением продуктивности, безынициативности, утомленности, физической и психической усталости, ощущением потери жизненного тонуса и активности, бессилием, беспомощностью, потерей перспективы.

О тяжести и атипичности депрессии можно судить по пониженной самооценке, ипохондрическим идеям, нарушению или утрате самовосприятия (деперсонализации), сенестопатиям (неопределенным, крайне тягостным ощущениям, которые характеризуют как «жжение», «щекотание»), болям, навязчивостям, вегетовисцеральным и сексуальным расстройствам, пессимистической оценке своего прошлого, настоящего и будущего, достигающей степени бредовых идей виновности, греховности, самообвинения, самоуничужения, суицидальным мыслям и действиям.

Обычно в амбулаторной или стационарной соматической практике пациенты прямо не говорят о чувстве вины, неполноценности или низкой самооценке. Такие высказывания при нетяжелых депрессивных эпизодах делаются вскользь. При этом тяжесть депрессии не является решающим фактором ее суицидоопасности, как и «легкость», «незначительность» симптомов, пациент может внешне казаться адаптированным («улыбающаяся депрессия»).

Важным моментом в определении тактики ведения являются вопросы, адресованные к мыслям о смерти или нежелании жить. Вопросы должны быть прямые, спокойные с выяснением существуют ли такого рода мысли. Если да, то часто ли они возникают? Были ли замыслы? Если да, то необходимо выяснить, что удерживало от суицидальных действий. Как правило, это чувства стыда, мысли о причинении вреда детям, мужу и т.п.

Если депрессия носит тяжелый характер, суицидальные мысли достаточно серьезны, а сам пациент демонстрирует низкий уровень комплайенса, страдает дополнительно расстройством личности или алкогольной зависимостью, находится в неблагоприятных жизненных обстоятельствах, не имеет поддержки со стороны близких людей, то рекомендуется консультация психиатра.

Наибольшая интенсивность суицидальных мыслей отмечена при психогенной депрессии (возникающей под влиянием стресса). Суицидальный риск при депрессии с бредовой симптоматикой обусловлен наличием бредовых идей самообвинения, самоуничужения или ипохондрических идей. При депрессии с тревожным настроением склонность больного к самоубийству связана с пугающими его ужасными предчувствиями, страхом грядущих мучений, а при депрессии с нарушением или утратой самовосприятия (деперсонализацией) – крайней субъективной тягостностью самого феномена хронической деперсонализации.

Тревога часто сопровождает депрессию позднего возраста. Симптомы депрессии и тревоги могут сосуществовать. Иногда тревога доминирует и, лежащая в основе клинической картины, а депрессия не выявляется. Субъективная жалоба на снижение памяти может быть

ведущим симптомом депрессии в этом возрасте. Также могут обнаруживаться навязчивости или истерические симптомы («истерия – не воображаемая болезнь, а болезнь воображения»).

Каждый десятый пациент, госпитализированный в кардиологический стационар с хронической ИБС, может иметь пассивные или активные суицидальные мысли. В качестве особых способов суицида они могут выбирать одномоментное прекращение приема антиангинальных средств при выраженных физических нагрузках или оперативное лечение ИБС. Неспецифические соматические симптомы депрессии выдвигаются пожилыми пациентами как главные жалобы (отсутствие сил, астения, нарушение сна, аппетита, стула), хроническая боль. Эти жалобы могут трактоваться врачами как ипохондрические и/или присущие сопутствующим соматическим заболеваниям, в том числе ишемической болезни сердца.

Симптомы могут развиваться в следующем порядке. Прежние интересы и увлечения перестают играть в жизни важную роль. Человек перестает справляться с повседневными нагрузками, причем не связывает это с ухудшением психического состояния, а объясняет растущими требованиями и недоброжелательным отношением, что провоцирует появление тревоги. Нарушается сон, аппетит, снижается жизненный тонус в целом и адаптационные возможности. Появляются мысли о собственной никчемности, социальной непривлекательности, несостоятельности, страхи и тревоги о будущем. Многие пациенты к врачу не обращаются, пытались справиться самостоятельно, обращение к близким не помогает, т.к. те не воспринимают их жалобы. Депрессия с апатическим оттенком (отсутствием желаний) менее благоприятна, при ней не делятся своими переживаниями, суицидальные мысли появляются быстрее, депрессия приобретает хронический характер. При повторных депрессивных состояниях суицидальные мысли более оформленные и осмысленные. Чаще расстройство настроения не носит тяжелого характера, но приводит к суицидальным тенденциям. Поэтому необходимо внимательно относиться к любым антивитальным или суицидальным переживаниям (часто суицидальное поведение носит латентный характер), высказываниям вне зависимости от наличия или тяжести психического расстройства.

Обследование следует начинать с общих вопросов. Например, попросить рассказать о себе, своих делах, а затем уже постепенно перейти к непосредственному выяснению жалоб. Это дает возможность «разговорить» пациента, создать условия для его большей открытости и откровенности, представить ему возможность описать свое состояние в форме рассказа или монолога.

У лиц с суицидальной настроенностью наиболее типичными жалобами являются:

- Утрата положительных эмоций (ангедония). Пациент жалуется на то, что «Все, что раньше радовало, приносило удовольствие, удовлетворение, перестало быть таковым, Пропал интерес к любимым делам и занятиям, не хочется общаться с друзьями и родственниками, не интересуется и даже раздражает интересная прежде работа. Перестал куда-либо ходить, хоть в гости, хоть на концерт или в кино, смотреть телевизор. Любая еда стала безвкусной, пропал аппетит. Исчезло желание выпить, а если такое происходит, то алкоголь не оказывает эйфорического воздействия. Снизилось половое влечение». Такие проявления называются ангедонией – синдромом утраты положительных эмоций, являющейся одним из самых первых признаков развития суицидального поведения.

- В более тяжелых случаях пациент акцентирует внимание на снижении настроения. Им предъявляются жалобы на стойкое ухудшение настроения, появление чувства тоски, иногда, носящей физический характер («словно камень на сердце»), колебания настроения с его ухудшением в утренние часы и некоторым улучшением к вечеру, трудное засыпание и раннее (на два и более часов раньше обычного) пробуждение, сонливость днем, снижение работоспособности, утомляемость, рассеянность внимания, затруднения при решении обычных профессиональных и бытовых вопросов, снижение аппетита и либидо. Перечисленные жалобы характеризуют проявление депрессивного синдрома, в

подавляющем большинстве случаев предшествующего возникновению суицидального поведения.

- В еще более тяжелых случаях появляются в большей степени суицидально ориентированные депрессивные жалобы. К ним относятся: низкая самооценка и утрата уверенности в себе, когда свое прошлое, настоящее и будущее пациент воспринимает как череду неудач, в которых виноват только он сам. При этом доминирующими в его высказываниях становятся чувства вины и ответственности за все неудачи в его и его близких жизни. Наконец возможны и непосредственные высказывания пациента о смерти вообще, а также о собственной смерти, в том числе и посредством самоубийства. На более ранних стадиях суицидального процесса пациент говорит об этом с некоторой долей условности: «Если бы не дети (работа, жена, внуки и проч.), то убил бы себя». На более поздних стадиях – «Мой уход из жизни всем во благо: и мне, и другим людям».

- Более ясными для выявления суицидальных состояний случаями являются те, когда к врачу на прием попадает психически больной человек с ярко выраженной психотической симптоматикой. Например, больной утверждает, что «голоса приказывают ему убить себя, выпрыгнуть из окна и т.п.».

Необходимо обратить внимание на внешний вид пациента. С учетом разных вариантов депрессивного синдрома он может быть различным. Для классической (тоскливой) депрессии характерны неуверенная походка, понурая осанка, замедленность движений, заторможенный взгляд, бедная мимика, печальное или скорбное выражение лица. При тревожной депрессии движения пациента порывисты и суетливы, взгляд беспокойный, мимические реакции ускорены. Поза носит напряженный характер. Лицо имеет однообразное тревожно-загнанное выражение. Такие больные не могут сидеть долго на одном месте, встают, делают несколько шагов, снова садятся. Обращаются к врачу с различными просьбами, сбивчиво и эмоционально излагают свои жалобы. При апатической депрессии отмечаются замедленные движения, вялая поза, тусклый взгляд, безрадостное выражение лица.

Далее следует целенаправленный опрос пациента. **Сбор суицидологического анамнеза** направлен на выяснение следующих вопросов:

- наличие суицидальных попыток в прошлом и их характеристики;
- продолжительность нынешних суицидальных мыслей и степень возможности их контроля;
- наличие текущих утрат, особенно смерти или суицидов, в социальном окружении пациента;
- наличие намерений, указывающих на существование суицидального плана;
- выявление фактов завершения дел, подготовки завещания, логически необъяснимых фактов дарения имущества и т.п.;
- изолированность от социального окружения;
- наличие суицидов у родственников пациента;
- наличие психического заболевания, психиатрических госпитализаций;
- наличие хронического физического заболевания, особенно с хроническим болевым синдромом;
- наличие зависимости от психоактивных веществ (особенно от алкоголя).

Присутствие трех и более из перечисленных факторов представляет умеренный или высокий риск суицида.

Согласно руководству ВОЗ любые проявления мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение или самоубийство, являются прямым показанием для проведения всестороннего обследования. Руководство также рекомендует спрашивать каждого ребенка старше 10 лет или взрослого, подверженных тем или иным факторам риска, включая хронический болевой синдром или острый эмоциональный дистресс, о наличии мыслей, планов или действий, направленных на самоповреждение/самоубийство.

Дополнительно в ходе собеседования с пациентом следует обратить особое внимание на наличие и выраженность у него **лингвистических индикаторов суицидального поведения**:

- прямые высказывания, а также оговорки или незавершенные мысли, отражающие суицидальные тенденции;
- выраженный эгоцентризм в восприятии реальности;
- наличие множества глаголов директивного характера в контексте суицидальных высказываний;
- ослабление или выпадение лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления;
- наличие паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонаций и т.д.

Базируясь на полученных в результате обследования результатах, врач первичной медицинской сети должен принять клинически обоснованное решение по виду и форме дальнейшей специализированной помощи пациенту с суицидальным поведением. Существуют два основных варианта:

1. В случае начальных проявлений суицидального поведения, при отсутствии (на момент обследования) риска реализации суицидальных действий пациент должен быть направлен на консультацию в суицидологическую (психиатрическую) службу. При этом обязательным условием является оперативное информирование о пациенте с указанием всех необходимых паспортных данных, взятие письменного согласия на осмотр психиатра, в том числе на дому. Тогда в случае неявки специалисты суицидологической (психиатрической) службы могут посетить его на дому.

2. В случае наличия высокой степени риска суицидальных намерений и совершения суицидальных действий пациент должен быть экстренно госпитализирован по скорой медицинской помощи в психиатрический стационар.

Миф о самоубийстве: Говорить о самоубийстве не стоит; человек, подверженный риску, может это понять как поощрение суицидального поведения.

Факт: Из-за широко распространенной стигматизации самоубийств люди, имеющие суицидальные мысли, не знают, с кем поделиться. Открытый разговор не поощрит суицидальное поведение, а откроет для человека иные возможности или даст ему время еще раз подумать о своем решении, предотвращая таким образом самоубийство.

Миф о самоубийстве: Люди, говорящие о самоубийстве, не намереваются совершить его.

Факт: Человек, который говорит о самоубийстве, возможно, ищет помощь или поддержку. Люди, думающие о самоубийстве, нередко находятся в состоянии депрессии, испытывают тревогу и безнадежность и могут полагать, что другого выбора у них нет.

Литература

1. Потешкин Н.М., Спирина Т.В. Организация межведомственной работы по снижению числа суицидов в муниципальных образованиях Пермского края, Пермь, 2015.
2. Бухановский А.О., Литвак М. Е. Общая психопатология, Ростов н/Д, 2003
3. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Журнал «Суицидология». 2014. № 2 С. 55-60
4. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Журнал «Суицидология». 2013. № 2 С. 55-60
5. Ковалевская И.М. Материалы к изучению основных психопатологических синдромов в таблицах и схемах, Екатеринбург, 2010
6. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.

Положение о рабочей группе по предотвращению суицидов

I. Общие положения

1.1. Рабочая группа по предотвращению суицидов в муниципальном образовании (далее – Группа) является постоянно действующим коллегиальным органом, направленным на снижение уровня самоубийств на территории муниципального образования.

1.2. В своей деятельности Группа руководствуется действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации, Свердловской области, а также настоящим Положением.

1.3. Группа в своей деятельности взаимодействует с территориальными органами государственной власти, структурными подразделениями администрации муниципального образования, государственными и муниципальными учреждениями, а также с иными заинтересованными лицами.

II. Основная цель и задачи Группы

2.1. Основная цель Группы заключается в координации деятельности субъектов системы профилактики суицидов (далее – СПС) в муниципальном образовании, выявлении причин и условий, влекущих рост суицидов среди населения.

2.2. Основными задачами Группы являются:

2.2.1. установление компетенции каждого субъекта СПС;

2.2.2. обмен взаимной информацией о компетенции каждого субъекта СПС для использования сотрудниками других субъектов СПС в работе с населением и потенциальными суицидентами;

2.2.3. совершенствование алгоритма взаимодействия субъектов СПС;

2.2.4. анализ данных мониторинга суицидов и суицидальных попыток (далее – СП) и их причин;

2.2.5. рассмотрение конкретных случаев суицидов и СП с отработкой мероприятий по профилактике суицидов и курированием отдельных лиц;

2.2.6. соблюдение конфиденциальности полученной информации.

III. Права Группы

Группы имеет право в пределах своей компетенции:

а) приглашать на заседания Группы представителей структурных подразделений администрации муниципального образования, муниципальных и государственных учреждений;

б) запрашивать в установленном порядке информацию, входящую в компетенцию Группы.

IV. Организация деятельности Группы

4.1. Состав Группы утверждается постановлением администрации муниципального образования.

4.2. В состав Группы включаются представители структурных подразделений администрации, муниципальных и государственных учреждений муниципального образования.

4.3. Председатель Группы руководит ее деятельностью и несет персональную ответственность за выполнение возложенных на Группу задач.

4.4. Основной формой деятельности Группы является заседание. Периодичность заседаний Группы определяется ее Председателем, исходя из необходимости.

4.5. Организационно-техническое обеспечение деятельности Группы осуществляет Секретарь Группы, который извещает членов Группы о месте и времени проведения заседания, повестке заседания, ведет протокол, доводит решение Группы до всех членов Группы и заинтересованных лиц.

- 4.6. Заседание Группы проводит председатель. Заседание считается правомочным, если на нем присутствует более половины ее членов.
- 4.7. В случае отсутствия члена Группы на заседании, он имеет право представить свое мнение по рассматриваемым вопросам в письменной форме.
- 4.8. Решения Группы принимаются путем открытого голосования, большинством голосов присутствующих на заседании членов Группы. В случае равенства голосов решающим является голос председательствующего на заседании.
- 4.9. Решения Группы оформляются протоколами, которые подписываются председательствующим на заседании.
- 4.10. Решение Группы, принятое в пределах его компетенции, является обязательным для исполнения.

V. Права и обязанности членов Группы

- 5.1. Члены Группы вправе вносить предложения по формированию повестки дня заседания Группы, проектам документов.
- 5.2. Члены Группы обязаны присутствовать на заседаниях Группы, о проведении которых они были уведомлены в соответствии с настоящим Положением.

Диагностика и предотвращение суицидального поведения у детей и подростков (Методические материалы для специалистов в области образования и социальной защиты населения)

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни).

Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой человек оказывается.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения.

При изучении суицидального поведения, следует различать следующие типы:

Демонстративное поведение. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде *порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.*

Аффективное суицидальное поведение. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к *попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.*

Истинное суицидальное поведение. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к *повешению.*

Предсуицидальный синдром: Психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся суицидальном акте, т. е. этап суицидальной динамики, длительность которого составляет от нескольких минут до нескольких недель и месяцев. Наблюдается чаще у старших подростков и взрослых в случае наличия тенденции к суицидальным актам в сложных ситуациях. Дети-суициденты чаще лишены родительского внимания и заботы, в 75% случаев их родители разведены или проживают отдельно, часто дети проживают в интернатах или с приемными родителями.

Диагностика суицидального поведения.

Диагностика предсуицидального синдрома имеет важно профилактическое значение. Определение социальных и психологических предвестников суицида может помочь понять и предотвратить его.

О предрасположенности к суициду могут свидетельствовать следующие факторы:

- Предыдущая (незаконченная) попытка суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент достигает 30%.

- Суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.

- Тенденции к самоповреждению (аутоагрессия).

- Суициды в семье.

- Алкоголизм. Риск суицидов очень высок у больных употребляющих алкоголь. Это заболевание имеет отношение к 25 - 30% самоубийств; среди молодых людей его вклад может быть еще выше — до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

- Хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов, Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

- Аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии (психопатологические синдромы).

- Хронические или смертельные болезни.
- Тяжелые утраты, например смерть супруга (родителя), особенно в течение первого года после потери.

- Семейные проблемы: уход из семьи или развод.

Специалисты, сталкивающиеся с этими факторами риска у детей и подростков, друзья и их семьи должны остерегаться упрощенного подхода к проблеме или чрезмерно быстрых заключений.

Суицидальная опасность велика среди следующих групп:

- Молодежь с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие.

- Сверхкритичные к себе.
- Лица, страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат.
- Подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.

- Люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

Психические заболевания с потенциальной суицидальной опасностью:

- депрессия
- невроты, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой

- биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз)

- шизофрения

Признаками эмоциональных нарушений, способствующих суицидальному поведению являются:

- Потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней.

- Частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость).

- Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду.
- Постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти.
- Ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие.

- Уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека одиночку.

- Нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы.

- Погруженность в размышления о смерти.

- Отсутствие планов на будущее.

- Внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Маркеры суицидальной готовности.

Внешний вид и поведение:

- Тоскливое выражение лица (скорбная мимика)

- Гипомимия (ослабление мимики)

- Амимия (отсутствие мимики)

- Тихий монотонный голос

- Замедленная речь
- Краткость ответов
- Отсутствие ответов
- Ускоренная экспрессивная речь
- Патетические интонации
- Причитания
- Склонность к нытью
- Общая двигательная заторможенность
- Бездеятельность, адинамия
- Двигательное возбуждение

Эмоциональные нарушения:

- Скука
- Грусть
- Уныние
- Угнетенность
- Мрачная угрюмость
- Злобность
- Раздражительность
- Ворчливость
- Брюзжание
- Неприязненное, враждебное отношение к окружающим
- Чувство ненависти к благополучию окружающих
- Чувство физического недовольства
- Безразличное отношение к себе, окружающим
- Чувство бесчувствия
- Тревога беспредметная (немотивированная)
- Тревога предметная (мотивированная)
- Ожидание непоправимой беды
- Страх немотивированный
- Страх мотивированный
- Тоска как постоянный фон настроения
- Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности
- Углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг

Оценка собственной жизни:

- Пессимистическая оценка своего прошлого
- Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого
- Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния
- Отсутствие перспектив в будущем

Взаимодействие с окружающими:

- Нелюдимость, избегание контактов с окружающими
- Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу

за помощью

- Склонность к нытью
- Капризность
- Эгоцентрическая направленность на свои страдания

Вегетативные нарушения:

- Слезливость
- Расширение зрачков

- Сухость во рту («симптомы сухого языка»)
- Тахикардия
- Повышенное артериальное давление
- Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха
- Ощущение комка в горле
- Головные боли
- Бессонница
- Повышенная сонливость
- Нарушение ритма сна
- Отсутствие чувства сна
- Чувство физической тяжести, душевной боли в груди
- То же в других частях тела (голове, эпигастрии, животе)
- Запоры
- Снижение веса тела
- Повышение веса тела
- Снижение аппетита
- Пища ощущается безвкусной
- Снижение либидо
- Нарушение менструального цикла (задержка)

Динамика состояния в течение суток:

- Улучшения состояния к вечеру
- Ухудшение состояния к вечеру

Не существует какой-либо одной причины, из-за которой человек лишает себя жизни. Предрасполагающие факторы также различаются у разных людей, и не выявлено какого-то единого причинного фактора суицида.

Способы суицида.

- Отравления лекарственными препаратами.
- Отравления бытовой химией.
- Порезы вен и повешения.
- Большинство исследователей полагают, что фатальные ДТП с единственной жертвой – фактически суициды.

Типы саморазрушающего поведения:

- Угроза для жизни,
- Ущерб для физического здоровья,
- Ущерб для духовного и нравственного развития,
- Ущерб для будущего социального статуса.

Методы исследования:

1. Диагностическое интервью со сбором семейного анамнеза.

2. Тест Личко «ПДО». По тесту Личко «ПДО» определение неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным может служить прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации и, вследствие углубления конфликта, риск развития саморазрушающего поведения. Риск социальной дезадаптации и развития саморазрушающего поведения зависит от уровня **дисфункции личности** :

- Акцентуация характера и крайние варианты нормы.
- Непсихотические расстройства личности.

- Психотические расстройства личности .
- 3.Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга**
- 4. Тест «определение направленности личности Басса».**
- 5.Тест тревожности Тэмпл-Дорки-Амен.**

Предотвращение суицидальных попыток

Особую практическую значимость имеет усиление факторов, удерживающих детей от самоубийства:

- Раннее выявление и лечение психических заболеваний, протекающих с депрессивными расстройствами;
- Улучшение интегрированности в семье;
- Улучшение когнитивного функционирования, не достигшее уровня конкретного или формального мышления;
- Усиление культуральных и духовно-религиозных факторов, делающих суицид менее приемлемым или табуирующим его;
- Индивидуализированный педагогический и психологический подход, направленный на купирование травматизации и избирательно адресующийся к слабым сторонам личности (сенситивность, склонность к депрессивным состояниям).
- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации.
- Уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение.
- Формирование компенсаторных механизмов поведения.
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Виды психологической коррекции

- Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса.
- Оказание подросткам социальной поддержки с помощью включения семьи, школы, друзей и т.д.
- Социально-психологический тренинг проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания.
- Индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.
- Овладение навыками практического применения активной стратегии решения проблем, совершенствование поиска социальной поддержки,
- Психологическая коррекция пассивной стратегии избегания, увеличение уровня самоконтроля, замена «значимых других», выработка мотивации на достижение успеха (может быть основана на тренинге поведенческих навыков).
- Лица, находящиеся в пре-суицидальном периоде, нуждаются в индивидуальной, групповой и (или) семейной психотерапии.

Рекомендации педагогам и социальным работникам по профилактике суицидального поведения, ведения просветительской работы.

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная превенция состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Ваше знание ее принципов и стремление обладать этой информацией может спасти чью-то жизнь. Делясь ими с другими, вы способны разрушить мифы и заблуждения, из-за которых не предотвращаются многие суициды.

Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным. Чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем значительнее шансы исчезновения самоубийства из перечня основных причин смерти.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Иногда соблазнительно отрицать возможность того, что кто-либо может удержать человека от суицида. Именно поэтому тысячи людей — всех возрастов, рас и социальных групп — совершают самоубийства. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, — ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

3. Установите заботливые взаимоотношения. Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.

Вместо того, чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося человека.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

У вас может появиться фрустрация, обида или гнев, если человек не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает у помощника боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что этому человеку трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю вашу откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от вас требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека,

будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Как психологи, так и неспециалисты должны развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации. Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

5. Не спорьте. Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ, спор блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

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

Лучший способ вмешаться в кризис – это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания, и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение, и ему дается возможность понять свои чувства и достичь катарсиса.

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной? Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства? Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой? Если вы раньше размышляли о самоубийстве, что вас останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, вы говорите...» Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, вы так на самом деле не думаете». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный человек может посчитать суждение типа: «Вы на самом деле так не думаете», — как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

Суицидальные люди с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя», — и другим аналогичным клише, поскольку они

резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, унижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

8. Предложите конструктивные подходы. Вместо того, чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову. Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время? Когда вы почувствовали себя хуже? Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены? К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и, как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены», — или: «По моему мнению, вы сейчас заплачете». Имеет смысл также сказать: «Вы все-таки взволнованы. Может, если вы поделитесь своими проблемами со мной, я постараюсь понять вас». Актуальная психотравмирующая ситуация может возникнуть из-за распада взаимоотношений с супругом или детьми. Человек может страдать от неразрешившегося горя или какой-либо соматической болезни. Поэтому следует принимать во внимание все его чувства и беды.

Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта.

Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для человека. Что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

9. Вселяйте надежду. Работа со склонными к саморазрушению депрессивными людьми является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой человек может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда».

Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Кто-то по этому поводу остроумно заметил: «Мы смеемся над людьми, которые надеются, и отправляем в больницы тех, кто утратил надежду». Как бы то ни было, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть не может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности

желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Надежды должны быть обоснованны. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. «Как вы могли бы изменить ситуацию?», «К кому вы могли бы обратиться за помощью?», «Какому вмешательству извне вы могли бы противостоять?». Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций.

Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть; смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

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

11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

Для того, чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним так называемый суицидальный контракт — попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

12. Обратитесь за помощью к специалистам. Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Друзья, несомненно, могут иметь благие намерения, но им может не хватать умения и опыта, кроме того, они бывают склонны к излишней эмоциональности.

Для испытывающих суицидальные тенденции возможным помощником может оказаться священник. Многие священнослужители являются превосходными консультантами — понимающими, чуткими и достойными доверия. Но есть среди них и такие, которые не подготовлены к кризисному вмешательству. Морализированием и поучающими банальностями они могут подтолкнуть прихожанина к большей изоляции и самообвинениям.

Источником помощи являются врачи. Они обычно хорошо информированы, могут правильно оценить серьезность ситуации и направить человека к знающему специалисту.

Вначале же, пока пациент не получил квалифицированной помощи, врач может назначить ему препараты для снижения интенсивности депрессивных переживаний.

Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

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

Иногда единственной альтернативой помощи суициденту, если ситуация оказывается безнадежной, становится госпитализация в психиатрическую больницу. Промедление может быть опасным; госпитализация может принести облегчение, как больному, так и семье.

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

Иногда в суматохе жизни окружающие забывают о лицах, совершивших суицидальные попытки. По иронии судьбы к ним многие относятся, как к неумехам и неудачникам. Часто они сталкиваются с двойным презрением: с одной стороны, они «ненормальные», так как хотят умереть, а с другой — они столь «некомпетентны», что и этого не могут сделать качественно. Они испытывают большие трудности в поисках принятия и сочувствия семьи и общества.

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать суициденту полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидент не адаптируется в жизни.

Литература:

- «Профилактика суицидального поведения» Л. И. Адамова.
- «О мерах профилактики суицида среди детей и подростков» Письмо Минобразования России от 26. 01. 2000 № 22-06-86
- «Суицид. Общие теории и предотвращение» Alan L. (перевод Брежнева).
- «Ранняя диагностики терапия депрессий – важнейшие факторы профилактики суицидов у подростков» М. Г. Усов.
- Grollman, Earl A. *Suicide Prevention, Intervention, Postvention. Second Edition, Beacon Hill Press, 1988.*
- Интернет ресурсы.

Рекомендации для руководителей организаций и должностных лиц по ведению беседы с человеком, находящемся в суицидоопасном состоянии

Общие рекомендации.

Если Ваш подчиненный находится в эмоционально подавленном состоянии и его поведение показалось Вам суицидоопасным, безотлагательно пригласите его на беседу. Приглашение на беседу необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Ни в коем случае не следует вызывать человека к себе через третьих лиц. Местом беседы может быть служебный кабинет, но можно провести его не в столь «формальном» месте. Главное - отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не длился. Во время беседы будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет. Беседу желательно назначать в удобное для человека время. Ваша помощь окажется более эффективной, если беседа будет построена в соответствии с определенными принципами и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу.

Начальный этап беседы.

Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта с человеком, приглашенным на беседу. Необходимо убедить собеседника в том, что его проблемы будут поняты, что вы искренне разделяете его заботы и трудности. На первом этапе рекомендуется только внимательное, терпеливое выслушивание, без проявлений сомнения и критики. Уточните также сведения о близких людях собеседника, так как именно они часто являются дополнительными источниками помощи и поддержки.

Второй этап беседы.

В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась конфликтная или проблемная ситуация, выясняется, что именно повлияло на душевное состояние собеседника. Один из наиболее существенных моментов этого этапа - снятие ощущения безвыходности ситуации. Постарайтесь убедить человека в том, что хотя вы, как и он считаете ситуацию очень серьезной и значимой, но подобные ситуации возникают и у других людей и что положение дел поправимо. В завершение этого этапа беседы целесообразно использовать приемы активного слушания, т.е. после выслушивания высказать четкую формулировку ситуации, переживаемой человеком, попросить его уточнить не до конца понятное.

Третий этап беседы.

Этот этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда в планировании ваш собеседник играет ведущую роль. Если он испытывает затруднения, предложите определенный вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи и для ближайших задач предлагается несколько предварительных решений. Итогом этого этапа беседы должен стать конструктивный план поведения, направленный на преодоление неблагоприятных обстоятельств.

Если имели место суицидальные высказывания надо постараться убедить собеседника отложить столь крайнюю меру «на потом», предложить прежде предпринять еще какие-нибудь меры или дождаться определенных событий, которые должны наступить в недалеком будущем. Опыт показывает, что такая тактика более эффективна, чем прямое «отговаривание» от попытки самоубийства или осуждение подобной попытки. Открытое

обсуждение с человеком его суицидальных намерений часто позволяет ему снизить имеющееся напряжение за счет проговаривания аутодеструктивных идей, их словесной «реализации».

Завершающий этап беседы.

Этот этап окончательного формулирования решения, активной психологической поддержки и придания человеку уверенности в своих силах и возможностях. План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко.

Если в ходе беседы ваш собеседник неуверенно предлагал варианты разрешения кризисной ситуации, пессимистически оценивал будущее, активно высказывал суицидальные мысли, то необходимо безотлагательно направить его на консультацию психотерапевта, психолога или психиатра. Однако нельзя допускать никаких действий вопреки желанию человека. Любая информация, сообщенная вам в ходе беседы, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в коллективе.

Необходимо отметить, что период возможного, латентного пресуицида требует не только социальных мер и работы психолога, но часто и лечебных мероприятий, таких как фармакотерапия и психотерапия. В начальный период пресуицида показана госпитализация или амбулаторная терапия с обеспеченным надзором, а в острый пресуицид - срочная госпитализация. Вызов бригады скорой медицинской помощи в экстренной ситуации может оказаться необходимой мерой. В любом случае, необходимо обеспечить возможность как можно более срочной консультации специалиста КСПП.

В соответствии с Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании», человек, в силу психического расстройства представляющий непосредственную опасность для себя, может быть освидетельствован психиатром или госпитализирован в психиатрическое учреждение в недобровольном порядке.

Основные рекомендации по поведению с человеком после проведенной беседы до консультации с психологом или психиатром:

- отнеситесь ко всем высказываниям Вашего собеседника очень серьезно;
- продумайте план оказания посильной реальной помощи;
- учитывая повышенную вероятность неадекватных действий, создайте для него на какой-то период более спокойные условия: не давайте сложных, трудновыполнимых заданий, не оставляйте в одиночестве, водителей не посылайте в рейсы и т. д.;
- ставьте несложные задачи, успешное выполнение которых будет способствовать повышению самооценки личности.

Суицидальные тенденции подростковых субкультур

1. «Группы смерти»

«Группы смерти» – это закрытые группы в социальных сетях (например, «ВКонтакте»), которые жестко модерятся в одностороннем порядке, содержат депрессивные и аутоагрессивные материалы, пропагандируют суицид среди подростков [1], демонстрируют специфическую картину мира («суицидальную» субкультуру), в которой самоубийство не воспринимается как отклонение от нормы [4]. Некоторые группы проводят «смертельную игру» – некий квест, который необходимо пройти. Эта игра имеет несколько названий, одно из них – «синий кит» (киты выбрасываются на берег, как бы совершая суицид). Игра включает в себя выполнение заданий, которые могут содержать просмотр видео и прослушивание музыки угнетающего содержания, отсутствие ночного сна, фотографирование мертвого животного, нанесение самопорезов, ожогов и иных самоповреждений (сначала маленьких, практически безболезненных, дальше больше), причинение другого вреда своему здоровью, совершение самоубийства. Причем администраторы (кураторы) групп сами подсказывают каждому подростку свой способ совершения самоубийства [1] («дистанционное убийство»). При этом, несмотря на закрытие таких групп, постоянно «по одному лекалу» создаются новые.

К **предпосылкам возникновения** «групп смерти» можно отнести не только происходящее в последнее время бурное развитие компьютерных игр (75% детей находится в сети без присмотра), но и игрофикацию (геймеризацию) жизни – использование игрового мышления в неигровых процессах с целью привлечения аудитории, решения некоторых задач, так игровые подходы проникают в реальную жизнь.

Сознание подростков подвергается качественным изменениям, происходящим при использовании современных информационных и компьютерных технологий в процессе социализации (киберсоциализации) [4]. При этом подростки как бы теряются между миром физического существования и миром, где ограничения можно обойти, наслаждаясь анонимной свободой под вымышленным именем (ником), включаясь в группы единомышленников, получая электронные знаки внимания (лайки), поддержку и понимание.

Особенностью подросткового возраста является тяга к нарушению общепринятого хода событий, устоявшихся норм поведения и морали. С этим связана «зараженность» сетевых подростковых сообществ виртуализированной жестокостью. Свойственное человеку стремление к вызовам и игре со смертью (пример из истории – гладиаторские бои) заостренно проявляется в подростковом возрасте. В популярных онлайн-играх герои могут сколько угодно раз умирать и воскресать. Находясь в психологической зависимости от онлайн-игр, подросток часто не видит грани между реальностью и виртуальным миром. Чередование жизни и смерти становится в сознании подростка настолько естественным, что он не понимает, что после смерти никакой жизни быть не может.

Этими и некоторыми другими обстоятельствами пользуются администраторы «групп смерти» в социальных сетях. Администратор (куратор) или бот (специальная программа, имитирующая человеческое общение) отправляет подростку приглашение для вступления в группу в виде вопросов, например: «Достала учеба?», «Родители не понимают?», тем самым задавая тон дальнейшего общения [1].

1.1 Техники психологического манипулирования в «группах смерти»

- Эксплуатация травм и переживаний, таких как:
 - Неполная семья, потеря близких, отчуждение, жестокость, насилие, отвержение или заброшенность в семье, чувство ненужности, нежеланности для родителей, непонимание родителями своих детей, отсутствие сопереживания;

- Школьные проблемы, связанные с личностью учителя (авторитарной, попустительской), статусом в классе (изгой, «объект насмешек»), сниженной успеваемостью, сменой школы, класса [1, 11];
- Другие (смерть близкого друга, в т.ч. суицид, разрыв отношений, серьезная травма или заболевание, кража личного имущества) [8];
 - Эксплуатация факторов подросткового кризиса идентичности – свойственных подростковому возрасту утраты авторитетов и объединения в группы со сверстниками;
 - Формирование игровой зависимости;
 - Использование транса, внушающих тактик и стратегий общения;
 - Нарушение сна;
 - Ограничение времени на принятие решений;
 - Классическая манипуляция «взять на слабо»;
 - Шантаж подростка конфиденциальной или компрометирующей информацией;
 - Эксплуатация страха, чувства безнадежности, одиночества, собственной малоценности, внутренней напряженности, сниженной самооценки;
 - Романтизация и эстетизация смерти;
 - Представление самоубийства в модных терминах, в шутливой форме;
 - Эксплуатация чувства превосходства, элитарности, избранности и максимализма, превознесение образа самоубийцы;
 - Эксплуатация подражательного поведения – свойственной подростковому возрасту реакции имитации (предыдущий суицид в семье или среди знакомых может служить деструктивной моделью);
 - Использование нереалистичности представлений о смерти у подростков, недопонимания ее необратимости;
 - Групповая суггестия (психологическое воздействие на сознание, при котором происходит некритическое восприятие убеждений и установок), психическая взаимоиндукция, «заразительность» и кластеризация суицидального поведения [4];
 - Использование ошибочного убеждения, что в интернете можно найти больше «сочувствующего понимания» со стороны других людей и особенно сверстников, чем в официальных службах психологической (или иной) помощи, в семье, у друзей, медицинских работников: никто, якобы, не может их понять так, как участники таких групп [1].

1.2 Общие характеристики «групп смерти»

- 1) Идеология обесценивания жизни, бессмысленности человеческого существования;
- 2) Наличие специфического содержания (контента): картинок («пикчей»), интернет-мемов, угнетающих цитат, аудио и видео с суицидальной тематикой;
- 3) Искажение языковых норм, суицидальный сленг: «самовыпил» – суицид, «шаверма» – изуродованные тела и т.д.;
- 4) Символика, в качестве которой в основном используются киты, бабочки, а также знак со словами «ОНО» и «АД»;
- 5) Выполнение заданий, связанных с образом «синего кита», изображение которого является одним из основных визуальных маркеров игры;
- 6) Популяризация «икон суицида», например Ренаты Камболиной (сетевое имя – Рина Паленкова), бросившейся под поезд предварительно отправив в социальную сеть «селфи» на фоне проезжающего поезда;
- 7) Стандартные способы объявления о «суицидальном квесте» – так называемые хештеги (#): #СинийКит, #ТихийДом, #ЯвИгре и другие;
- 8) Типичные способы обработки сознания: прохождение ряда стадий (выполнение 50-ти заданий), депривация сна, угрозы убийства близких в случаях неподчинения, таким образом резко ограничивается выбор вариантов поведения;

9) «Мусорный» контент, содержащий намеки, напоминания об игре (разного рода демотиваторы и т.д.), которые призваны создавать соответствующий угнетающий фон [1].

1.3 Психология «смертельной игры»

Подросток получает указания и инструкции, реализовав которые он может заявить о себе в виртуальном мире (стать членом сообщества, получить одобрение, оценку), что нередко приводит к нанесением самоповреждений и завершённым суицидам. Выполнение таких заданий совместно с группой сверстников создает особое ощущение сплоченности и новый тип отношений: при знакомстве в интернете и планировании самоповреждений или самоубийства они могут жить чувством общности, якобы «умирать вместе лучше, чем в одиночку» [1]. Групповая суггестия (убеждение) и психическая взаимоиндукция стабилизирует суицидальные мысли, определяет их переход в намерение, дает стимул к реализации, не позволяет отказаться от опасной игры из-за боязни порицания и отвержения группой вследствие мнимого проявления слабости, «предательства», «пустозвонства» [2] (коммуникативный киберсуицид объединяет ранее незнакомых людей между собой с целью группового ассистированного самоубийства [9]).

Такого рода игры представляется нерациональными с точки зрения обыденного понимания, но, само осознание этой нерациональности игры, ее глубинного несоответствия должному поведению делает игру возможной для подростка как вариант бунта, нарушения уклада жизни взрослых, выхода за привычные пределы. Смерть в этом случае воспринимается как продолжение виртуальной игры, после самоубийства подросток рассчитывает пережить как бы «информационное перерождение», остаться в компьютерном мире, стать его героем и навсегда слиться с Сетью (аддиктивный киберсуицид – аутоагрессивное действие, спровоцированное интернет-зависимостью [9]).

Пока подросток в игре, он по-особому «безумен», не критичен, «не мыслит», слепо следует правилам (Э. Финк: «Пока человек играет, он не мыслит, а пока он мыслит, он не играет») [1].

1.4 На что следует обратить внимание

- Пренебрежительное отношение к своей внешности у подростков, которые раньше не были в этом замечены (перестает умываться, чистить зубы, одевается неопрятно);
- Ребенок демонстрирует смущение, стеснение по отношению к близким без причин, просит прощения;
- Формальное общение с близкими (по типу спросите – ответит, но односложно и без желания), отсутствие побуждений к деятельности;
- Резкие перемены настроения – от плаксивого до ярко выраженной агрессии, грубости, конфликтности;
- Импульсивность в принятии решений – склонность действовать без достаточной доли сознательного контроля [3];
- Суицидальное поведение «значимых других» – родственников, друзей, кумиров, исторических личностей;
- Доступ к средствам суицида;
- Наличие самопорезов, ожогов и иных признаков членовредительства (обычно на запястьях, предплечьях, бедрах), которые могут как демонстративно выставляться, так и прятаться под рукавами (особенно это бросается в глаза летом если подросток не носит «открытую одежду», закрывает руки и ноги);
- Алкоголизация, экспериментирование с лекарствами, наркотиками и токсическими веществами, уходы из дома, противоправные действия [1,11];
- Явная замедленность темпа речи, монотонность, заторможенность движений;
- Действия, которые можно трактовать как прощание, завершение: непривычные разговоры о любви к родителям, попытки закончить дела, раздаривание вещей друзьям;

- Гомосексуальное влечение у подростков, испытывающих по этому поводу неприятие и неудовлетворенность [11];
- Рассуждения о смысле жизни, мысли о смерти, навязчивые утверждения, что «жизнь не имеет смысла» [5,11], восприятие будущего как усугубления тяжелой ситуации;
- Отсутствие навыков решения проблем, обращения за помощью, неспособность дистанцироваться от конфликтных ситуаций [6];
- Переживание беспомощности, усиление эгоцентризма, обособления и индивидуализма [11], противопоставление «Я – Они» вместо адаптивного «Мы – Они»;
- Избегание социальных контактов, привлекавших прежде ситуаций, утрата интересов, безынициативность, разрыв межличностных связей, чувство одиночества и непонимания другими [11];
- Искаженное восприятие или интерпретация событий, восприятие привычной ситуаций как несвойственной, истощающей жизненные силы;
- Жалобы на здоровье с тревогой, тоской, раздражительностью, ощущением бесприютности и покинутости;
- Низкая способность к «разрядке» и «переводу негатива в другое русло».

1.6 Признаки участия подростков в «группах смерти», «смертельной игре»

- В социальных сетях подросток состоит в группах, содержащих в названии следующее: «Синий кит», «Киты плывут вверх», «Разбуди меня в 4.20», «f57», «f58», «Тихий дом», «Рина», «Няпока», «Море китов», «50 дней до моего...»;
- Подозрительные хештеги: #дом китов, #150звезд, #ff33, #f53, #f57, #f58, #d28, #море китов, #тихий дом, #хочу в игру, #млечный путь, #d28, #ищу куратора;
- Нарушение режима сна – нетипично и неожиданно раннее пробуждение или невозможность разбудить подростка утром (в «группах смерти» общение обычно происходит с 4:20 до 6:00 утра), подросток не высыпается, даже если рано ложится спать;
- Переписывается в мессенджерах (Viber, WatsApp и других) с незнакомыми людьми, которые дают странные распоряжения;
- Упоминание о каких-то оставшихся днях (например, «Осталось 35 дней»);
- В переписке с друзьями или на стене в социальной сети есть фразы: «разбуди меня в 4.20», «я в игре», «ищу куратора». Опасно, если на стене появляются цифры, начиная от 50 и далее в убывающем порядке;
- Продукты творчества, отражающие депрессивные, агрессивные либо аутоагрессивные тенденции (бритвы, ножи, кровь), а также визуальные маркеры игры (киты, бабочки, единороги), либо оккультную символику (пентаграммы, сатанинские знаки);
- Стихи, цитаты на тему смерти или с мистическим уклоном;
- На личной странице в социальной сети есть видеозаписи, фото, тексты, связанные с суицидом;
- Закрыт доступ к странице ребенка или доступ к подробной информации в социальной сети [1,14,15].

1.7 Рекомендации в случае участия подростка в «группах смерти», «смертельной игре»

- НЕ игнорировать проблему и НЕ делать вид, что все хорошо, при дальнейшем игнорировании ребенок может искать более доходчивые пути демонстрации реально существующих проблем вплоть до смертельного;
- Признать наличие проблемы, не успокаивать себя тем, что «такого случиться не может»;
- Отнестись к проблеме серьезно, взвешенно и без паники. Вникнуть в деятельность подобных групп, узнать как можно больше информации, чтобы правильно оценить ситуацию;

- Резко не менять привычного поведения – у подростков развитая интуиция и обостренное чувство справедливости, они сразу замечают «подставу», лучше понаблюдать за своими взаимоотношениями с подростком и проанализировать их;
- Не пытаться сгладить провоцируемые подростком конфликты. Аутоагрессивное поведение – это агрессия, не нашедшая выход вовне. Дать вдоволь «побить посуду», а затем выслушать, что вызывает агрессию, задавать вопросы – сейчас подросток важнее правоты взрослого;
- Ни в коем случае НЕ давить на подростка, НЕ осуждать, а стимулировать к откровенному разговору;
- НЕ проявлять агрессию, НЕ критиковать, НЕ ругать, НЕ устраивать скандал по поводу аутоагрессивного поведения, так как можно спровоцировать аутоагрессию «на зло»;
- Если отношения с подростком хорошие, необходимо сесть и поговорить. Беседу проводить в спокойном тоне, нейтральном эмоциональном состоянии, выражая поддержку и надежду на разрешение ситуации, самое главное – выслушать, не перебивая, дать возможность выговориться и выплеснуть эмоции, которые накопились и далее вместе начать решать данную проблему, дать понять, что подросток ценим и любим. Создать атмосферу заботы, участия, понимания;
- Не останавливать слезы подростка, когда они есть – нередко за агрессией стоит душевная боль (неважно, настолько стоящий повод), боли нужен выход, а подростку, который плачет – поддержка. Сказать, что видите, как ему больно и спросить, как ему можно помочь. Быть осторожным с выбором метода помощи, чтоб она не была отвергнута как та, о которой он не просил;
- Смотреть и слушать, не обесценивать жалобы или недовольство;
- Выяснить причины участия в подобных играх;
- В беседе напрямую спросить подростка, есть ли у него мысли, намерения о смерти;
- Если есть намерения, выяснить, насколько они серьезны у него и если назначена «дата смерти», то когда;
- На основе выявленных потребностей и проблем подростка, строить дальнейшее взаимодействие;
- Внимательно отследить реакцию на разговор. Подросток может стесняться, закрываться, уходить от разговора. Во многом это может зависеть от степени близости с ним и формы диалога;
- При возникновении ощущения, что подросток лукавит, явно уходит от разговора – взять под пристальный контроль его жизнь и, по возможности, собрать всю возможную информацию о его жизни: в школе, с друзьями, в социальных сетях, обдумать, что происходит «не так»;
- В случае высокого суицидального риска не оставлять подростка одного;
- Установить категорический запрет на участие в данных играх;
- Помнить, что если отсечь какую-либо часть жизни ребенка, даже если это «группа смерти», нужно ее заменить чем-то чтобы подросток мог отвлечься;
- Важно переключить подростка на интересную и безопасную для него деятельность, ведь потеря интереса к игре, несоблюдение ее правил и выход из игры приводят к отрезвлению, возвращению к здравому смыслу [1];
- На ночь рекомендуется забирать у ребенка телефон, так как именно в этот период психика нестабильна, а кураторы «групп смерти» проводят основную работу;
- Обратиться к специалисту (психологу, психотерапевту, психиатру) за поддержкой, советом;
- Если не получается справиться с ситуацией (это очень непросто – постепенно и плавно становиться более слышащим и понимающим при общении с депрессивным

подростком) – вести к специалисту лично/вызывать специалиста (в том числе вызов бригады скорой медицинской помощи при нанесении самоповреждений, высоком суицидальном риске);

- Если хорошие отношения с подростком были утеряны, то, в такой ситуации без визита к специалисту тоже не обойтись. Важно понимать, чем живет ребенок, подставлять плечо тогда, когда ему нужно, проявлять к нему интерес как к личности, а не только к его учебной деятельности. Подросток – это все еще ребенок, потребности которого не ограничиваются материальными. Ему все так же нужны безусловная родительская любовь, понимание и поддержка;

- Не забывать, что если ребенок пытается что-то продемонстрировать, каким бы то ни было способом, значит, глубоко в душе верит в то, что его способны услышать;

- Вернуть близкий и доверительный контакт с подростком. Найти с ним общий язык, вникнуть в проблемы, стараться проводить с ним больше времени, общаться. Помочь вернуть контакт с подростком и выстроить здоровые отношения может детский или семейный психолог, психотерапевт.

- Поддержка, теплые отношения, сострадание, умение понимать чужие интересы, эмпатия, – то, чего зачастую не находит подросток, проявляющий суицидальные тенденции [13,14,15,16,17].

1.8 Профилактика участия в «группах смерти»

- I. Обучение подростка поведению и навыкам безопасного использования Интернета:

- Заходить только на знакомые сайты и использовать проверенные ссылки;
- В интернете очень легко оказаться обманутым;
- Сеть позволяет скрывать свое истинное лицо и истинные мотивы и тот, кто пишет подростку в интернете, может оказаться кем угодно;

- Не сообщать личные данные (адрес, возраст, телефон, режим дня свой и родителей, место работы родителей, паспортные данные, данные личных документов);

- Сообщать родителям о любых непонятных ситуациях, если кто-то угрожает, шантажирует, высказывает недопустимые и/или незаконные предложения;

- Подробно, в доверительной форме, без давления обсуждать активность подростка в социальных сетях. Искренне интересоваться тем, что ему нравится в социальных сетях, как и с кем он общается в интернете. Желательно выстроить прямой и открытый диалог и рассказать о сути данных групп (лучше он это узнает от вас и вами будет подготовлен к этой информации);

- Информирование о возможных опасностях и том, как на них реагировать (первое чему учат ребенка в поведении на улице – не заговаривать с чужими людьми);

- Родительский контроль – это то, что поможет уберечь подростка от негативного и опасного влияния Интернета. В целях обеспечения безопасности подростка в интернете, стоит отслеживать, как он использует сеть: устанавливать фильтры веб-содержимого, управлять контактами электронной почты или ограничить общение ребенка;

- Важно знать, спит ли подросток ночью, особенно около 4-5 утра, проследить, спит ли он в ранние утренние часы;

- Обратить внимание на вещи в комнате (наличие лезвия или «тайников», которых раньше не было), но НЕ нужно организовывать допрос с пристрастием и перерывать всю комнату в поисках продуктов творчества или лезвий, так как можно лишиться доверия подростка;

II. Почти половина подростков делятся своими суицидальными мыслями с родными. В большинстве случаев дефицит общения между родителями и детьми является важным фактором в их суицидальном поведении.

Большинство суицидальных действий детей и подростков направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей [11], в связи с этим:

- Быть внимательным наблюдателем, подмечать мелочи, видеть подростка со стороны;
- Чаще говорить с подростком, проявлять к нему искренний активный интерес. Ему важно знать, что в центре внимания – его личность, его переживания, а оценки, социальные успехи, внешний вид и вкусы — второстепенны;
- Рассказывать подростку о том, в каких ситуациях самим родителям или педагогам приходилось обращаться за помощью. Иногда человеку важно решать задачи в одиночку, но порой они решаются только в хорошей команде. Объяснять то, что самостоятельность и автономия — важные ценности, но не абсолютные;
- Поддерживать его идеи, давать ему возможность самореализоваться, например, в искусстве, в танцах, в любых кружках или секциях, обеспечивать условия для выплеска энергии и эмоций;
- Знакомить подростка с местами и способами раскрытия своего потенциала, с «экстремальными», но безопасными видами досуга: скалодромом, картингом, пейнтболом, секцией борьбы;
- Вовлечекать в коллектив с нормативными ценностями, зрелым отношением к жизни как к бесценному дару;
- Ненавязчиво обсуждать и обосновывать преимущества, которые дают здоровьесбережение, самоограничение, следование морали и нравственности против саморазрушения, основывающегося на вседозволенности, распушенности;
- Давать подростку возможность высказываться и самому делиться переживаниями;
- Использовать ритуалы для укрепления социальных связей: совместный ужин, поездки за город, привлечение к помощи, совместные мероприятия;
- Гордиться маленькими и большими достижениями;
- Создавать ситуации успеха и подчеркивать положительные качества ребенка;
- Доверять ему, но не попустительствовать;
- Использовать в общении ненавязчивые прикосновения;
- Занимать деятельностью, однако и разрешать немного побездельничать;
- Быть готовым понимать и принимать подростка, сочувствовать тоске, подавленности, отчаянию, тревоге, горю, чувству стыда, обиды, унижения [13,14,15,16,17];
- Выявлять и развивать резервы жизнестойкости (групповые психотерапевтические занятия), укреплять самооценку, возможности совладать со стрессом.

2. Рисковое поведение

Подростки в той или иной степени ощущают потребность «испытать себя», «протестировать свои возможности» и всячески проявляют склонность к рисковому поведению, что нередко приводит к травматизации или даже смерти и является основной причиной смертности в данной возрастной группе. Наличие неоправданной склонности к риску (скрытой форме суицида) является важной предпосылкой суицидального поведения, а такие подростки – особой группой риска суицидальной активности [3]. «Синдром рискованного поведения» – поведение, прямо или косвенно связанное со здоровьем, благополучием и здоровым развитием личности. Опасные ситуации вызывают выброс гормонов стресса (адреналина, отсюда другое название – «адреналиновая зависимость») и получение глубокого удовольствия после успешного преодоления этих ситуаций (дофамин может вызывать переживание внезапного и интенсивного удовольствия).

Отмечено значительное влияние на рискованное поведение факторов среды – социальных условий и культуры. Вследствие роста комфортности и безопасности жизни физиологические системы защиты и обороны от опасности оказываются

незадействованными. Итогом становится поиск ситуаций, в которых эти системы могут работать. Часто причиной рискованного поведения выступают поощряемые субкультурами ценности и установки, предрасполагающие к антисоциальной направленности, девиантным формам поведения. Подростки с влечением к рискованному поведению стремятся к любой деятельности, связанной с преодолением опасных ситуаций. К ним могут относиться экстремальные виды спорта и социально неприемлемая опасная деятельность, такая как стритрейсинг (уличные автогонки), совершение правонарушений, ношение оружия, употребление наркотиков, хулиганство, антисоциальные проявления, раннее начало половой жизни без использования контрацепции [3], а также:

- «Трейсерфинг» («зацепинг», «электричкинг») – незаконная езда на крышах или выступах вагонов поездов;
- «Руфинг» – восхождение на крыши высотных зданий и небоскребов;
- «Диггинг» (диггер в переводе – рабочий, выполняющий земляные работы, землекоп) – проникновение в подполья, подвалы, русла подземных рек и коммуникации, старые шахты, тоннели метро и метрострой, бомбоубежища (как заброшенные, так и функционирующие), что сопряжено с разного рода опасностями.

2.1 Факторы формирования субкультур

- I. Возможность удовлетворения подростковых (юношеских) потребностей:
 - Обособление, автономность от взрослых;
 - Изживание конфликта с взрослыми, причем чем чаще подростки подвергаются насилию в семье, тем чаще вовлекаются в рискованное поведение;
 - Самоактуализация, самоутверждение, реализация своих способностей;
 - Признание, преодоление комплекса неполноценности;
 - Принятие социумом (микросоциумом);
 - Наполнение существования смыслом;
 - Получение удовольствий, новых ощущений; Потребность в информации, доступ к которой подросток не получает в семье, школе [10];
 - Стремление отстаивать свое право на индивидуальность и уникальность, при этом одновременно быть «ни на кого не похожим» и «быть как все»;
 - Потребность в игровых видах деятельности (хотя ведущей деятельностью в подростковом возрасте является общение со сверстниками, подросток еще не ушел от игры);
 - Потребность в ощущении контроля над собой, своими чувствами и страхами, преодолении препятствий и барьеров окружающего мира.
- II. Внешние причины:
 - Занятость родителей и неумение налаживать контакты со своими детьми, организовывать совместный досуг;
 - Неэффективность досуговой системы, слабая организация сети клубов, кружков, спортивных секций, отсутствие заботы о вовлечении и закреплении в них подростков.

Можно выделить **характерные черты**, с которыми связана склонность к риску:

- Импульсивность, бесстрашие, энергичность, склонность к проказам;
- Стремление к независимости, собственная система ценностей, малое влияние норм общества;
- Стремление к конкуренции, личному успеху;
- Склонность к доминированию, манипулированию людьми;
- Эгоцентризм, эгоизм, отсутствие волнения о других, мнение, что каждый сам сможет позаботиться о себе;
- «Жизнь одним днем», отсутствие чувства вины за прошлое, беспокойства о будущем, беспокойства о работе, учебе, страсть к путешествиям [10], поиск новизны;

- Завышенная самооценка, иллюзии собственной уникальной неуязвимости;
- Неразвитость вероятностного мышления («Это может случиться с кем угодно, только не со мной») [3];
- Недостаток абстрактно-логического мышления ведет к тому, что подросток не способен качественно просчитать последствия своих действий и видит только их часть.

Многие потенциальные зацеперы и руферы увлечены компьютерными играми, содержащими элементы виртуального зацепинга и руфинга. Как и в случае участников «групп смерти» в подростковой психике виртуальная картинка накладывается на реальность и инстинкт самосохранения притупляется [10]. В отличие от «групп смерти», в которых нанесение самоповреждений и выполнение правил «смертельной игры» является способом заявить о себе и получить признание в группе, в данном случае такую функцию выполняет «экстремальное селфи», которое тоже нередко заканчивается травматизацией и смертью.

2.2 Зацеперы

Трейсерфинг (trainsurfing) или трейнхоп, трейнхоппинг (trainhop – запрыгивание на поезд), в России это движение получило наименование «зацепинг» или «электричкинг» – совершение поездок на крышах или на различных выступах вагонов железнодорожных поездов или других видов общественного транспорта (вагонах метрополитена, трамваях, троллейбусах) как экстремальное развлечение, либо как свободный способ езды. Нередко используются специальные технические средства. Зацеперы тайно проникают в будущие места своего проезда, некоторые занимаются вандализмом, охрана часто не в состоянии предотвратить их действий [18].

Движение зацепинга возникло в 1990-е годы в европейских странах, а также в отдельных городах США и Австралии. В России выраженный рост движения произошел летом 2010 г. после широкомасштабных отмен электричек и аномальной жары [10].

Более половины зацеперов – подростки, именно среди них наиболее часты случаи травматизма. В России ежегодно серьезно травмируется и погибает несколько десятков зацеперов. Многие зацеперы живут в нормальных семьях, со средним уровнем дохода, неплохо учатся в школе или являются студентами престижных ВУЗов. Чаще зацепингом занимаются юноши. Тенденцией последних лет является «омоложение» зацепинга (стало больше 11-13 летних) и распространение его среди девушек. В Москве и Московской области зацеперов «со стажем» насчитывается более 20 тыс. человек.

Субкультура имеет свой сленг (фронт-зацеп – езда спереди, в слепой зоне видимости для машиниста; классический зацеп – езда сзади; руфрайд – езда на крыше поезда), способы коммуникации, интернет-сообщества и группы в социальных сетях (наиболее распространенный возраст подписчиков – 14-16 лет). Привлечению новых участников и организации действий способствовал обмен информацией посредством сайтов, форумов, социальных сетей (обмен фотографиями, видеоклипами, сообщениями о гибели участников, планирование массовых мероприятий по катанию снаружи поездов, а также сбор и систематизация информации по видам подвижного состава и способам проезда на них, особенностям езды на различных железнодорожных линиях) [10]. Интернет-сообщества регулярно блокируются с 2016 г. после признания экспертами Роспотребнадзора, что субкультура зацепинга несет в себе скрытую форму суицидального поведения.

Выделяют **типы** зацеперов:

Лидеры («Герои»), отличаются демонстративным поведением, агрессивностью, поисками острых ощущений, критикой социальных норм, склонностью к риску, независимостью, эгоцентричностью, стремлением к успеху, признанию, потребностью доминировать. Именно они в большинстве случаев создают в социальных сетях группы, где делятся опытом, агитируют и поощряют подростков к необдуманному поведению;

Остальные («школота») – это подростки с зависимым поведением, неразвитой волевой регуляцией, инфантильностью, импульсивностью, повышенной внушаемостью, стремящиеся привлечь к себе внимание, получить признание, самоутвердиться.

Причины **несчастных случаев** при зацепинге:

- Падение с поезда во время движения, в том числе под рельсы идущего состава;
- Столкновение с препятствиями по ходу движения (например платформами, светофорными столбами, мостами, порталами тоннелей);
- Удар электрическим током при проезде на электрифицированных линиях или в результате слишком близкого приближения к контактной сети, а также получение тепловых ожогов при прикосновении к нагретым тормозным [10].

2.3 Руферы

Руфинг, руферство (от англ. Roof – крыша), «крышинг», «крышелазинг», «крышнаидство» – субкультура, объединяющая молодых людей, посещающих высотные охраняемые объекты, таких как многоэтажные дома, небоскребы, (радио-)телевышки, трубы, с целью проявления своей силы и ловкости, получения острых ощущений, организации фотосессий («экстремальное селфи»), съемки видео в необычных местах с демонстрацией в социальных сетях. В социальных сетях блокируются, но постоянно создаются новые группы, в которых указаны пути к открытым крышам, знаковые объекты (здесь критерием становится не только высота здания, но и сложность проникновения на ту или иную крышу).

Посещение крыш может включать в себя балансирование на узких балках, выполнение различных трюков, связанных с прыжками и силовой акробатикой на большой высоте, при этом руферы не пользуются страховкой, это считается «не круто».

Субкультура является одним из направлений сталкерства, суть которого заключается в проникновении и исследовании различных опасных и труднодоступных объектов (например, Чернобыльской зоны отчуждения). Зачастую с высотных объектов руферов снимают спасатели и к этому привлекаются правоохранительные органы.

Причинами **несчастных случаев** при руфинге являются аварийное состояние крыш с незакрепленными металлическими листами, сломанные или ненадежно закрепленные перила и пожарные лестницы, наличие тросов от антенн, наледь, неподходящая скользкая обувь, потеря равновесия или боязнь высоты.

Выделяют **разновидности** руфинга:

Экстремальный руфинг – подъем на крышу по пожарным лестницам, трубам водостока, уступам дома с целью покорения нестандартной закрытой для посещения зоны;

Тихий руфинг – посещение крыш доступным способом с целью получения эстетического удовольствия, наблюдения пейзажей;

Арт-руфинг – руфинг с целью проведения творческих мероприятий, рисования [22].

Кроме того, представители близкого движения – бейскламберы (от англ. clamber – карабкаться) поднимаются на вышки, отвесные стены и мосты без страховки.

2.4 Мотивация отказа от рискованного поведения

- Чувство стыда, жалости, вины перед родителями, страх за их состояние;
- Появление новых интересов;
- Появление значимых отношений с другими людьми;
- Страх смерти, пережитый во время несчастного случая [19];
- Чувство вины у взрослых (лидеров, «героев»), занимающихся руфингом, зацепингом за пропаганду, привлечение и возможную смерть несовершеннолетних [21].

Такое поведение затрагивает глубинную, ценностно-смысловую, «идеологическую» основу личности, ее ядерные образования, связанные с самоотношением. С становится актуальной постановка вопроса о разработке принципиально новых моделей психопрофилактики девиаций, ориентированных на работу с контингентами интеллектуально развитой и социально адаптированной молодежи.

2.5 Рекомендации в случае выявления рискованного поведения у подростка

- НЕ давить, НЕ угрожать, НЕ манипулировать, а приложить усилия чтобы понять подростка и вникнуть в его интересы;

- Раз у него хватает духа залезть на высокую крышу или промчатся на ступеньке заднего вагона, значит, и поговорить с ним обо всем этом вполне возможно;
- Общаться, выводя подростка на диалог, узнавать, чем он увлекается, стараться разделить эти интересы;
- Объяснять подростку, что главное – направить в положительную сторону свой порыв, тем же трюкам можно научиться под присмотром инструктора;
- Предложить альтернативу, где подросток может получить желанный экстремальный опыт, признание своих заслуг, ту же самую «славу» и проявить свои лидерские качества, не подвергая опасности свою жизнь и здоровье, и будет находиться под контролем профессионального инструктора, отвечающего за его безопасность;
- Привлекать к участию в школьном самоуправлении, мероприятиях, спортивных соревнованиях, занятиях спортом в секциях, скалолазании, восточных единоборствах. Организация досуга обеспечивает не только развитие ребенка, но и защиту его жизни и здоровья;
- Выстраивать доверительные отношения;
- Подросток нуждается в любви, понимании и поддержке. Разговаривать с ним о его жизни и чувствах, делиться своими подростковыми историями, приключениями. Помогать чувствовать, что он любим и ценен и что его родным будет больно, если с ним что-то случится. Тогда он скорее прислушается к советам и предостережениям. Подросток скорее услышит мнение человека, который относится к нему с уважением и интересом [21].

Меры противодействия и профилактики рискованного поведения

- Ужесточение наказания (повышение штрафов, лишение свободы);
- Усиление контроля (посты на платформах, совершение рейдов сотрудников полиции, установка камер видеонаблюдения; блокирование групп в социальных сетях) [10];
- Модернизация технических средств, ограничивающих доступ зацеперов к поездам и руферов к высотным объектам;
- Выявление мест проведения досуга молодежи, находящихся рядом с железной дорогой или на высотных сооружениях, информирование о них сотрудников полиции;
- Пресечение фактов нахождения несовершеннолетних на железнодорожных перегонах, высотных сооружениях;
- Создание возможностей для детей и подростков реализовать себя, возможностей для полноценного проведения досуга (вовлечение подростков в спорт, создание молодежных организаций, площадок, лагерей, где под руководством инструктора молодые люди смогут освоить экстремальные виды туризма или спорта);
- Просветительско-профилактическая работа, в том числе использование интернет ресурсов (размещение фотографий последствий зацепинга, руфинга, создание сайтов для родителей), разработка рекомендаций для родителей;
- При выявлении подростков, причисляющих себя к зацеперам, руферам, диггерам проведение профилактической работы, направленной на формирование здоровой жизненной позиции и прекращение данного занятия;
- Проведение с подростком и его семьей психологической и социальной работы, вовлечение подростков в общественную и досуговую жизнь по месту жительства и учебы;
- Проведение разъяснительной работы в образовательных, социальных учреждениях и на улицах;
- Пропаганда, в том числе через интернет, социально приемлемых моделей поведения (делать их модными);
- Проведение профилактических бесед с несовершеннолетними, работа СМИ, показ на ТВ видеороликов по предупреждению «зацепинга», «руфинга», «диггерства»;

- Организация мониторинга социальных сетей интернета на предмет выявления групп и объединений неформальной направленности;
- Создание волонтерских отрядов из участников неформальных объединений;
- Разработка программ для социально-психологической реабилитации зацеперов, риферов;
- Формирование позитивных интересов подростка и позитивное эмоциональное развитие с учетом потребностей:
 - во взрослом человеке, но не в каждом взрослом (построение особых отношений с подростком — отношений созидающего взаимодействия);
 - в героях (подросток будет искать кумира для подражания и этим кумиром, чаще всего, становится тот, кому не жалко ярких красок, сильных эмоций и громких дел);
 - в коллективе сверстников как естественной среде нормального развития;
 - в сотрудничестве с другими людьми;
 - в защите прав на яркие и сильные эмоции, приключения, романтику, увлечения и интересы;
 - в равных семейных отношениях;
- Интерактивные занятия, игротренинги, семейные игры [21].

Следует отметить, что запретительные меры имеют не такое большое значение для подростков, как блокирование информации в интернете (социальные сети способствуют распространению экстремальных субкультур и информации о них) и создание альтернативных возможностей проявления себя социально приемлемыми способами (повышение доступности занятий различными видами спорта, в том числе экстремальными).

Диагностика рискованного поведения включает в себя выполнение тест склонности к риску Шуберта. Психотерапевтическая работа включает в себя укрепление возрастно-психологических сохранных новообразований, развитие и коррекцию психологических факторов, пострадавших от рискованного поведения, оптимизацию социальной ситуации развития.

Литература

1. Узлов Н. Д., Семенова М.Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид // Журнал «Суицидология». 2017. № 3 С. 40-52
2. Кудрявцев И. А. Смысловая типология суицидов // Журнал «Суицидология». 2013. № 2 С. 3-7
3. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Журнал «Суицидология». 2013. № 2 С. 8-24
4. Н.Ю. Демдоуми, Ю.П. Денисов Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований // Журнал «Суицидология». 2013. № 2 С. 47-54
5. Розанов В.А., Рахимкулова А.С., Уханова А.И. Ощущение бессмысленности существования у подростков – связь с суицидальными проявлениями и психическим здоровьем // Журнал «Суицидология». 2014. № 3 С. 33-40
6. Джо Робинсон, Хелен Херрман Профилактика суицидального поведения молодежи Австралии // Журнал «Суицидология». 2014. № 4 С. 3-8
7. Розанов В. А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // Журнал «Суицидология». 2014. № 4 С. 16-31
8. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Рахимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Журнал «Суицидология». 2016. № 3 С. 20-39
9. Stefano Totaro, Elena Toffol, Paolo Scocco Предупреждение суицидов и интернет: риск и возможности // Журнал «Суицидология». 2016. № 4 С. 32-40
10. Ворошилин С. И., Аддиктивное рискованное поведение как проявление снижения инстинкта самосохранения // Журнал «Суицидология». 2013. № 1 С. 61-68

11. Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития С. 427-437
12. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Комментарий. Двудликая паутина: Вертер vs Папагено // Журнал «Суицидология». 2016. № 4 С. 41-50
13. Сухорукова А. А. «Группы смерти» и подростковый суицид: распознать, понять и обезвредить: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.b17.ru/article/70646/> (Дата обращения 18.10.2017).
14. Ярчуков Д.И. «Группы смерти» в социальных сетях – угроза жизни детей: [Электронный ресурс]. URL: <http://5psy.ru/roditeli-i-deti/gruppy-smerti-v-sotcialnykh-setiakh.html> (Дата обращения 18.10.2017).
15. Левчук М. Синий кит группа смерти как убережь ребенка: [Электронный ресурс]. URL: <https://vseorebenke.ru/sinij-kit-gruppa-smerti-kak-uberech-rebenka/> (Дата обращения 18.10.2017).
16. Морозова С. Опасность в Интернете: детские суициды и «группы смерти»: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.psytalk.spb.ru/mamam/opasnost-internet/> (Дата обращения 18.10.2017).
17. Селиванова Е.А. Профилактика суицида у подростков: как убережь ребенка от игр со смертью: [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-suitsida-u-podrostkov-kak-uberech-rebenka-ot-igr-so-smertyu> (Дата обращения 18.10.2017).
18. Виноградов, М. «Зацеперы» (модное опасное для жизни развлечение молодежи): [Электронный ресурс]. URL: <http://vinogradov-centr.ru/zacepery.php>. (Дата обращения 18.10.2017).
19. Третьякова Т.В. Принципы организации социально-психологического сопровождения, направленного на профилактику социальных рисков подросткового возраста в России и за рубежом// Психологическая наука и образование, 2014 - Т. 6. № 1. - С. 117–126.
20. Любцова А.А. Зацеперы, риферы, диггеры – проблема мегаполиса, пути решения // Методическое пособие, М., 2013
21. Квасников А. Подросток и адреналин: зачем нужны опасные увлечения: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ya-roditel.ru/parents/base/experts/podrostok-i-adrenalin-zachem-nuzhny-opasnye-uvlecheniya/>(Дата обращения 18.10.2017).
22. Лапшин В. А. Риферы: [Электронный ресурс]. URL: <http://soc-mol.ru/encyclopaedia/subcultures/184-rufery.html>(Дата обращения 18.10.2017).