**Клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте**

**Введение**

суицид психологический подростковый

**Актуальность.** Число самоубийств в настоящее время продолжает возрастать. Кроме того, происходит существенное увеличение числа детей и подростков до 18 лет, совершивших суицидальные действия [16; 35, 42-44; 59, 40].

По статистике ВОЗ (2003), по количеству подростковых суицидов среди детей в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место. По этим же данным в России ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2,5 тысяч несовершеннолетних в год [26, 4].

Суицидологическая ситуация в Чувашской Республике долгие годы остается напряженной. Республика относится к регионам с высоким уровнем завершенных суицидов. Если в 1995 г. показатель смертности от суицидов в Чувашской Республике составил 34,6 на 100 тыс. населения, то к 2002 г. он вырос до 60,8.

Анализ показателей суицидов по районам и городам республики показал его неоднородность. Так, за период с 1992 по 2005 гг. (14 лет) средне-республиканский показатель составил 45,7 на 100 тыс. чел. Наиболее низкий показатель отмечен в 1995 г. (34,6), наиболее высокий - в 2002 г. (60,8). При этом даже самый низкий показатель в 1995 г. был значительно выше критического уровня - 20 (по ВОЗ). В Российской Федерации наиболее низкий показатель наблюдался в 1999 г. (26,4 на 100 тыс. нас.), наиболее высокий в 1997 г. (42,8) [28, 68-81].

В последнем докладе ЮНИСЕФ «Анализ положения детей в Российской Федерации», опубликованном 13 февраля этого года, говорится: «Россия входит в тройку стран с самыми высокими показателями подросткового суицида. В мире подростки 15-19 лет совершают в среднем 10 суицидов на 100 тысяч населения в год, а в России - в три раза больше, то есть 30-31 случай в год на 100 тысяч населения. По данным Генеральной прокуратуры, через год после выхода из детского дома около 10% бывших воспитанников совершают суицид. Как в других странах, это больше касается юношей, чем девушек, это больше происходит в северо-западной части страны и на востоке», - пояснил BFM.ru Бертран Бейнвель, представитель ЮНИСЕФ в России [77].

В связи с этим любые научные исследования и разработки, способствующие решению суицидологических проблем, так важны сейчас [28, 68-71].

**Разработанность.** Изучением проблемы суицида и суицидального поведения занимались такие выдающиеся зарубежные и отечественные ученые как: Адлер А., Ахте К.А., Бек А., Раш А. Вассерман Д, Дюркгейм Э, Любан-Плоцца Б., Мей Р., Меннингер К., Роджерс К., Салливан Г., С Фарбер М.Л., Франкл В., Фрейд З., Холингер П.С., Оффер Д., Хорни К., Юнг К, Азарова Л.А., Амбрумова А.Г., Ворно Е.М., Говорин Н.В., Драгунова Т.В, Егоров А.Ю., Зверева Н.В., Змановская Е.В., Игумнов С.А., Каплина Е.В., Козлов А.Б., Кондратенко В.Т., Курпатов А.В., Личко А.Е., Ложкин А.И. Макартычева Г.И., Малкина-Пых И. Г, Погодин И.А., Полетаева О.О., Попов Ю.В., Бруг А.В., Сахаров А.В., Сакович Н.А., Семеник Д.Г., Сидоров П.И., Парников А.В., Синягин Ю.В., Хасьминский М.И., Хомич А.В., Тихоненко В.А., Чомарян Э.А., Шелехов И.Л., Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес. Е.С., Юрьева Л.Н.

Изучением особенностей подросткового возраста занимались - Белинская Е.П., Бойко В.В., Драгунова Т.В, Егоров А.Ю., Игумнов С.А., Калягин В.А., Клее М., Кон И.С., Кондратенко В.Т., Кондратьев М.Ю., Кулагина И.Ю., Личко А.Е., Обухова Л.Ф., Рогов Е.И., Фельдштейн Д.И.

Хотя и многие исследователи занимались проблемой суицидального поведения, но в настоящее время она остается еще не полностью разработанной. Практически нет психокоррекционных программ по профилактике суицидального поведения в подростковом возрасте.

**Цель исследования***.* Изучить клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте

**Объектом исследования** является суицидальное поведение подростков

**Предметом исследования** являются особенности суицидального поведения в подростковом возрасте

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие **задачи**:

1. Ознакомиться с понятиями «суицид», «суицидальное поведение»;

. Изучить динамику суицидального поведения, типологии суицидов, подходы к классификации суицидального поведения, концепции формирования суицидального поведения, мотивы, причины, поводы суицидального поведения;

. Рассмотреть психологические особенности личности суицидента и общие черты самоубийств;

. Выявить клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте;

. Исследовать и проанализировать взаимосвязь акцентуаций характера, тревожности, депрессивности и суицидального поведения.

**Гипотеза:** акцентуации характера и эмоциональные состояния, такие как тревога и депрессия влияют на возникновение суицидального поведения в подростковом возрасте

**Методы исследования:** теоретический анализ психологической и психолого-педагогической литературы, наблюдение, опрос, анализ продуктов деятельности, в том числе анализ документов, тестирование, эксперимент.

**Методики исследования:**

1. Методика диагностики суицидального поведения Любан-Плоцца Б [38, 153-154].

2. Методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллер [78; 51].

3. Методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии Zigmond A.S. и Snaith R.P. [24, 314-316].

. Методика диагностики уровня тревожности Спилбергера-Ханина [11, 267; 50, 61-64].

. Методика «Шкала депрессии Э. Бека» [40, 228-233].

**Практическая значимость.**Результаты исследования можно использовать клиническими психологами для более глубокого понимания внутреннего мира подростка и особенностей формирования у него суицидальных проявлений.

Данные, полученные в работе полезны для построения оптимальной тактики и стратегии психологической работы подростками в процессе консультирования и психотерапии,

**Апробация.** Исследование клинико-психологических особенностей суицидального поведения в подростковом возрасте проводилось с 1 сентября 2012 по 1 февраля 2013 года в СОШ №60 г. Чебоксары в три этапа, с использованием психокоррекционной программы по профилактике суицидального поведения подростков.

С результатами данного исследования была ознакомлена администрация в СОШ №60 г. Чебоксары, а также в доступной форме педагогические работники данного учреждения.

# **1. Теоретические и методологические аспекты проблемы в работах зарубежных и отечественных ученых**

## **1.1 Суицид: общие понятия, этапы и характерные черты личности суицидента**

*Суицид*, согласно определениям Э. Дюркгейма, А.Г. Амбрумовой, С.В. Бородина и А.С. Михлина есть действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни [25, 9].

Согласно определению ВОЗ (1982) *суицид* - это акт самоубийства с фатальным исходом;покушение на самоубийство - аналогичный акт, не имеющий фатального исхода. В докладе ВОЗ (2001) говорится, что *самоубийство* есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода [74, 21].

Современный суицидолог М.Л. Фарбер дал более четкое и конкретное определение: «*самоубийство* - это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [61, 8-35; 74, 21].

*Психологический смысл суицида* чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой человек волей-неволей оказался. Подобное состояние хорошо иллюстрируют слова Станислава Ежи Леца: «Бывает, что не хочется жить, но это вовсе не значит, что хочется не жить» [53, 90].

*Суицидальная активность* - любая внешняя или внутренняя активность, направленная на лишение себя жизни [53, 90].

Суицидальное поведение - осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни [22, 100; 37, 68].

В структуре рассматриваемого поведения выделяют [22, 100]:

 собственно суицидальные действия;

 суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Таким образом, суицидальное поведение реализуется одновременно во внутреннем и внешнем планах.

*Суицидальные действия* включают суицидальную попытку и завершенный суицид [22, 101].

*Суицидальная попытка* - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели.

*Завершенный суицид* - действия, завершенные летальным исходом [22, 102].

*Суицидальные проявления* включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения [67, 108].

*Пассивные суицидальные* мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться [67, 108].

*Суицидальные замыслы* - это более активная форма проявления суицидальности [67, 108].

*Тенденция к самоубийству* нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства [67, 108].

*Суицидальные намерения* появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент - решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение [67, 109].

Теперь более подробно рассмотрим этапы (динамику) суицидального поведения.

В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы: предсуицидальный этап, этап реализации суицидальных намерений и постсуицидальный этап - в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом [23, 11].

*Предсуицидальный этап* охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде.

*Этап реализации суицидальных намерений* включает планирование предстоящего суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий.

Наконец, *постсуицидальный период* охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки [23, 12-13].

М.В. Зотов описал основные этапы процесса, приводящего к совершению суицида. Прежде всего, он отметил, что суициды чаще совершаются лицами, в анамнезе которых выявляются признаки предрасположенности к суицидальному реагированию, что считается одним из важных факторов суицидального риска.

Предрасположенная личность попадает под воздействие психотравмирующей ситуации или целого ряда психотравмирующих факторов. Обычно в качестве психотравмирующих ситуаций, способствующих суицидальному поведению, выступают ситуации социального отвержения (разрыв отношений с близким человеком), утраты (смерть близкого человека) и ситуации, связанные с невозможностью соответствовать собственным высоким стандартам (например, потеря работы, выход на пенсию и, как следствие, снижение социоэкономического статуса) [23, 15].

В качестве реакции на психотравмирующую ситуацию у индивида развивается состояние психической дезадаптации. Как пишет известный отечественный суицидолог А.Г. Амбрумова, суицидальное поведение возникает в результате социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого межличностного или внутриличностного конфликта. При этом у разных личностей возникающее дезадаптивное состояние может принимать различные формы. У одних в психотравмируюшей ситуации преобладают переживания безысходности и тоски, у других - растерянности и тревоги, у третьих - гнева и отчаяния. По мере того как психотравмирующая ситуация не находит разрешения, состояние психической дезадаптации продолжает усиливаться и нарастать. На высоте болезненных переживаний у индивида появляются суицидальные мысли, которые носят сначала пассивный, затем активный характер, когда он начинает активно обдумывать возможность суицида как способа избавления от невыносимых переживаний, выхода из сложившейся психотравмируюшей ситуации [7, 29-36].

Предсуицидальный период, когда человек вынашивает идеи о самоубийстве, может иметь различную длительность, что определяется как динамикой самой психотравмируюшей ситуации, так и личностными особенностями суицидента. Вместе с тем, конкретное время совершения суицида определяется *поводом -* событием, действующим в качестве «последней капли», под влиянием которого пациент принимает решение покончить с собой [23, 16].

С принятием решения о самоубийстве заканчивается предсуицидальный этап и начинается этап реализации суицидальных намерений. На этом этапе суицидент осуществляет планирование предстоящих действий, выбирает подходящий способ самоубийства, обдумывает наилучшее место и время для самоубийства. В предвосхищении суицида он совершает необходимые действия, например, прощается с близкими (которые обычно не догадываются о его намерениях), отдает долги, пишет предсмертную записку и после этого реализует суицид.

Необходимо отметить, что приведенное описание этапов суицидального поведения в известной степени носит условный характер, поскольку длительность каждого из этапов и их клинико-психологические характеристики существенно различаются у разных лиц. У одних суицидентов предсуицидальный этап и этап реализации суицида носят достаточно длительный, развернутый характер, в то время как у других они протекают в свернутой, редуцированной форме [23, 17].

Теперь рассмотрим личностные характеристики людей находящихся в остром суицидальном состоянии и общие черты самоубийств.

Абрумова А.Г, Слуцкий А.С, Замадворов М.С находят черты сходства некоторых личностных характеристик во время переживания человеком острого суицидального состояния с личностными особенностями лиц со стойкими суицидальными тенденциями. В состоянии суицидального кризиса обычно всегда «включенными» в суицидальный акт оказываются интегральные общие личностные свойства когнитивного, эмоционального и поведенческого планов. К таким характеристикам наиболее часто относят эгоцентрические особенности самосознания суицидента, сочетающиеся с его негативным отношением к себе, с аутоагрессивностью и пессимистическими личностными установками, а также внутреннюю и ситуационную ригидность поведенческих стереотипов [9; 56, 282].

Самосознание суицидента отличается *эгоцентризмом,* но этот эгоцентризм имеет непривычный для нашего понимания парадоксальный смысл. Об эгоцентризме при суицидальном поведении говорит уже тот факт, что в этом кризисном состоянии человек весь погружен в себя, свои мучительные переживания, свои страдания, а все остальное, например семья и дети, перестает существовать. Так, мать, обычно заботливая и любящая своих детей, в состоянии суицидального кризиса может подготовить и совершить попытку суицида. «О детях даже не вспомнила», - может сказать она после того, как ее спасли [56, 282].

*Аутоагрессия,* наряду с пессимистической личностной установкой, также является определяющим свойством поведения суицидента. Аутоагрессия определяется как негативное отношение к себе. Однако негативное отношение к себе имеет место и у невротика, который также считает себя жизненным неудачником, остро переживая свою неполноценность и недееспособность. У суицидента негативное отношение к себе достигает своих крайних форм [56, 282].

Аутоагрессии обычно всегда предшествует *гетероагрессия* в отношении близких родственников, которая выражается в подозрительности, необоснованных обвинениях. Клиническая практика показывает, что косвенно гетероагрессия подтверждается и равнодушно-спокойным отношением к случаям самоубийства близких к суициденту людей, к трагической смерти конкретного знакомого человека и вообще к смерти. Положительная или нейтральная оценка подобных действий также может являться критерием для включения этих лиц в группу риска. Отсюда также понятно, что попытки родных воздействовать на суицидента, убедить его в возможности выхода из кризиса, указать на позитивные моменты в его жизни часто вызывают обратный эффект - противодействие и отпор и лишь усиливают аутоагрессию, пессимистическую личностную установку и депрессивные настроения [56, 283].

*Пессимистическая личностная установка* распространяется главным образом на перспективы выхода из кризиса. Она является наиболее интегральным психическим образованием при суицидальном поведении. По мнению Д.Н. Узнадзе, установка - это неосознанное состояние психофизиологической готовности к определенному действию и поведению. Установка включает в себя как когнитивный, так и эмоциональный и поведенческий компоненты. Для суицидальной установки это: суицидальные мысли и намерения, эмоции, в которых преобладают депрессия и тревога, чувство вины, а также подготовка к реализации суицидальных действий. Если на ранних стадиях кризиса преобладают суицидальные мысли, а эмоциональный и поведенческий компоненты выражены слабее, то на поздних фазах преобладание получают суицидальные действия - подготовка и исполнение акта суицида [56, 283].

Пессимистическая личностная установка обычно плохо поддается психотерапевтической коррекции, что также объясняется *паранояльностью суицидального состояния.* Паронояльная акцентуация характера отличается ригидностью нервно-психических процессов, стереотипностью в форме следования готовым мыслительным стереотипам и поведенческим паттернам, моральным догматизмом, обидчивостью со склонностью к образованию сверхценных идей. Все это утяжеляет характер суицидального поведения у такой личности. При дезадаптации такие индивиды могут пытаться совершить суицид чаще, чем другие лица [56, 283].

Конечно, далеко не все суициденты являются паранояльными личностями. Однако почти все суициденты обнаруживают паранояльность не как свойство характера в преморбиде, но как характеристику суицидального состояния с практически всеми присущими ему признаками. Например, известно, что примерно треть от числа совершивших попытку самоубийства повторяют ее в течение года, а среди душевнобольных суицидентов этот риск возрастает до 60%. Эти данные говорят о ригидных стереотипных реакциях, которые находят отражение в самосознании человека, в данном случае в пессимистической установке, что это обусловлено не ситуациями, а какими-то внутренними механизмами. Высокая резистентность пессимистической личностной установки по отношению к психотерапии также свидетельствует о ригидности [56, 284].

Структуру ценностного сознания у паранояльной личности следует оценивать как дисгармоничную. В ней одна ведущая ценность (семья, ребенок или научное изобретение) приобретает сверхценный характер и девальвирует, оттесняет на задний план все другие ценности. В этом и состоит в данном случае повышенная опасность возникновения суицидального кризиса - если «главная ценность» теряется (например, уход из семьи любимого мужа), то и вся жизнь обесценивается, рушится вся пирамида ценностей [56, 284].

Нечто подобное можно видеть в системе ценностей суицидента. Но если ценности личности в норме при хорошей адаптации носят жизнеутверждающий характер, связывают человека с жизнью, то в состоянии дезадаптации место ведущей ценности занимают ценности негативного плана. При суицидальном поведении такой «сверхценностью» становятся идеи ухода из жизни как иллюзорного выхода из кризиса, разрушившего всю имевшуюся систему ценностей личности суицидента. Подкрепляясь другими компонентами суицидального поведения, т.е. аутоагрессией, депрессией, суицидальными мыслями и мотивами, она превращается в ценность-цель и ведет к трагической развязке» [56, 284].

Эдвин Шнейдман выделяет десять общих черт самоубийства. Рассмотрим эти черты:

*1. Цель*каждого совершающего суицид состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему интенсивные страдания. Суицид не является случайным действием, он никогда не бывает бессмысленным или бесцельным. Он является частью протестного поведения, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой жизненной ситуации. Чтобы понять причину самоубийства подростка, нужно, прежде всего знать проблемы, решить которые ему необходимо.

*2. Задачей*всех суицидентов является прекращение сознания (уход из жизни). Отчаявшемуся подростку приходит в голову мысль с помощью самоубийства ответить на нестерпимые жизненные обстоятельства или достойно выйти из сложившейся непереносимой ситуации. Состояние подростка характеризуется чрезмерным душевным волнением, сильным уровнем тревоги и высоким летальным потенциалом - три обязательных составляющих суицида. После этого возникает инициирующая искра, которая провоцирует начало активного суицидального сценария.

*3. Стимулом*к совершению большинства суицидов является невыносимая психическая боль. Если прекращение своего потока сознания - это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль - это то, от чего он стремится убежать. Суицид легче всего представить как одновременное движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от психической боли и невыносимого страдания. Никто не совершает суицида от радости, его не может вызвать состояние блаженства. В данном случае речь идет именно о психической боли, боли от ощущения боли. В клинической суицидологии есть правило: снизьте интенсивность страдания - подчас весьма незначительно, - и человек выберет жизнь. Если переводить этот принцип в плоскость подростковой аудитории, то основными профилактическими задачами становятся выявление источников страдания (на социальном, психологическом или физическом уровне) и содействие решению проблем, вызывающих негативные переживания.

*4.* Общим для большинства суицидов *стрессором*являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как бессмысленный и необоснованный поступок, самоубийства совершаются на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем, решение о суициде кажется логичным человеку, который его совершает. Суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей. Удовлетворите фрустрированные потребности, и суицид не совершится.

*5.* Общей *суицидальной эмоцией*является беспомощность-безнадежность. Сталкиваясь с различными трудностями, мы находим способы их преодоления. Когда же возникшая трудность вырастает до размеров неразрешимой, на взгляд подростка, проблемы, сопровождающейся высокой степенью психологической боли, возникает преобладающее чувство беспомощности-безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

*6.* Усуицидентов наблюдается общее *внутреннее отношение к суициду*- амбивалентность (два противоположных мнения по одному и тому же вопросу). Для самоубийцы типичным бывает состояние, при котором он одновременно пытается вскрыть вены и взывает о помощи, и оба эти действия являются истинными и непритворными. Амбивалентность является наиболее характерным отношением подростка к суициду: он чувствует потребность совершить его и одновременно желает (и даже планирует) спасение и вмешательство других.

*7.* Самоубийц объединяет также общее *состояние психики*- сужение когнитивной сферы. Синонимом слова «сужение» является «туннельность», резкое ограничение социальных ролей (либо хороший, либо мертвый), вариантов выбора поведения (либо волшебное разрешение проблемы, либо смерть). Важно противодействовать «сужению» мыслей суицидального подростка через увеличение числа вариантов выбора решения проблемы (более двух).

*8.* Все самоубийцы стремятся к совершению одного и того же *действия*- бегства. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, прогулы школы, прогулы тренировок (курсов, кружков). Суицид в таком ряду поступков является предельным, окончательным бегством. Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций. Бегство от проблемы, которую невозможно решить (например, постоянное насилие в семье), часто превращается в бегство от жизни. Предотвратить суицид можно, уменьшая потребности подростка к бегству.

*9.* Большинство суицидентов стремится совершить одно и то же *коммуникативное действие* - сообщить окружающим о своем намерении. Клинические психологи, анализируя случаи летального исхода в ситуации подростковых суицидов, отмечают наличие почти в каждом случае явных улик приближающегося летального события. Подростки, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о поддержке, ищут возможности спасения. Существуют характерные признаки такого сообщения (как вербальные, так и невербальные). Их распознавание является незаменимым способом профилактики суицидов.

10. Общей *закономерностью*является соответствие суицидального поведения стилю (паттернам) поведения подростка. Когда мы сталкиваемся с самоубийством, то нас поначалу сбивает тот факт, что оно по своей природе представляет собой поступок, которому нет аналогов и прецедентов в предшествующей жизни человека. И все же ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере поведения подростка. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям и переживаниям, оценить способность подростка переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному или амбивалентному мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся способы бегства [53, 92-96].

**Таким образом,** выше было рассмотрено: что суицид - действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни. Психологический смысл суицида заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от психотравмирующей ситуации, в которой человек оказался.

Суицидальное поведение включает: суицидальные действия и суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки). Этапы суицидального поведения: предсуицидальный этап, этап реализации суицидальных намерений и постсуицидальный этап. К характерным чертам личности суицидента относятся: эгоцентрические особенности самосознания суицидента, сочетающиеся с его негативным отношением к себе, с аутоагрессивностью и пессимистическими личностными установками, а также внутреннюю и ситуационную ригидность поведенческих стереотипов.

## **1.2 Основные концепции и подходы в современной суицидологии**

Несмотря на то, что на протяжении веков ученые стремились дать теоретическое обоснование суицидальному поведению, в настоящее время нет единой теории, объясняющей природу самоубийств. Среди множества концепций выделяются три основные: психопатологическая, психологическая и социальная [32].

*Психопатологическая**концепция* исходит из положения о том, что все самоубийцы - душевнобольные люди, а суицидальные действия - проявления острых или хронических психических расстройств [46,7].

Сторонниками этой концепции были отечественные психиатры Н.П. Бруханский, В.К. Хорошко, Л.А. Прозоров и др. [2, 86].

Предпринималась даже попытка выделить самоубийства в отдельную нозологическую единицу (суицидоманию), а сама проблема изучалась специфическими для медицины методами, т.е. с точки зрения этиологии, патогенеза, клиники заболевания. Предлагались различные методы физиотерапевтического и медикаментозного лечения суицидомании (кровопускания, слабительные, желчегонные средства, холодные влажные обертывания и т.д.) [21, 78].

На современном этапе развития психологической науки психопатологическая концепция представляет больше исторический интерес, так как в наше время подавляющее число исследователей у нас в стране и за рубежом: А.Г. Амбрумова [4, 40-51], Е.Г. Трайнина [7, 29-36], Э.А. Чомарян [69, 89-93], П.С. Холингер, Д. Оффер [66, 302-307] считают, что суицидальные действия могут совершать как лица с психическими заболеваниями, так и здоровые люди. Естественно, что больные, склонные к суицидальным действиям, в первую очередь требуют внимания врача.

Но если суицидальные действия совершают практически здоровые люди в ответ на создавшиеся объективные психотравмирующие трудности, то компетенции врача недостаточно, так как в этих случаях в первую очередь нужно ликвидировать объективные причины, приводящие к суицидальным действиям. Меры только медицинского характера по отношению к этим лицам чаще его малоэффективны и не решают проблемы [21, 278-279].

Вместе с тем в современной суицидологии по мнению А.Ю. Егорова, С.А. Игумнова выделяются следующие *мединские причины самоубийств****:*** депрессивное расстройство, алкоголизм, наркомания, расстройство личности, хронический невроз и шизофрения[21, 279].

Г.В. Старшенбаум среди душевных болезней, чаще всего предрасполагающих к суициду, выделяет: реакции на тяжелый стресс, куда входят: острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, реакции дезадаптации, невро тические и психопатические реакции; психогенная и эндогенная депрессия; шизофрения и бредовые расстройства, химические зависимости [58].

Кроме психических расстройств, причинами самоубийства могут быть хронические соматические заболевания, приносящие тяжкие страдания, особенно у пожилых людей (онкологические, неврологические больные, больные находящиеся на гемодиализе). По данным Е.С. Белозерова, Е.И. Змушко риск суицида у больных СПИДом возрастает в 7-36 раз [14].

*Психологическая концепция* отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы. Наиболее значительными среди них представляются психодинамическая, экзистенциально-гуманистическая и поведенческая модели суицидального поведения».

*Психодинамическая модель суицидального поведения* 3. Фрейда рассматривает самоубийство как проявление инстинкта смерти, который может выражаться в аутоагрессии. Два основных влечения - Эрос и Танатос - борются на протяжении человеческой жизни. Человек не только хочет жить и быть любимым, продолжить себя в своих детях - бывают периоды, когда желанней оказывается смерть. С возрастом сила Эроса убывает, а сила Танатоса растет. По Фрейду суицид и убийство являются проявлением разрушительного влияния Танатоса, то есть агрессии, направленной против спроецированного внутрь объекта либидо» [65, 108-109].

Позже, основываясь на концепциях 3. Фрейда, К. Меннингер рассматривал суицид как отрефлексированное убийство, результат гнева на другого человека, который интровертировался, то есть «обратился против себя». Он также описал суицид как инстинкт к смерти. Им же были охарактеризованы три компонента враждебности при суициде:

1. *Желание убить.* Активный процесс, при котором это желание очевидно. Деструктивный инстинкт проявляется в двух направлениях: ауто- и гетеродеструкции. Внешняя агрессивность и направленная на себя аутодеструкция формируются с момента рождения. Обычно, за исключением криминального развития, внешняя агрессия подавляется, но она может проявиться во время расширенного суицида, при котором человек из альтруистических соображений убивает наиболее близких, а потом себя,

2. *Желание быть убитым.* Может реализовываться в провокации разнообразных ситуаций, представляющих опасность для жизни.

3. *Желание умереть* - освободиться от чего-то, прекратить участие в жизни.

Если не представлены все три компонента, то попытка не является серьёзной, она рассчитана на внешний эффект и связана со стремлением запугать кого-то, шантажировать, получить таким образом какие-либо дивиденды [43]**.**

В целом психоаналитики считают и анализируют самоубийство как проявление дисфункциональных механизмов психологической щиты и в значительно меньшей мере рассматривают его в социальном плане. А. Адлер полагал, что быть человеком - значит прежде всего ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в стремлении к цели, которая не осознается, но направляет все поступки и формирует жизненный путь. Поиск цели и самоутверждения может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризису, с которого начинается «бегство к суициду». Утрачивается чувство общности, между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», канонизирующая непереносимость трудностей. В сфере эмоций наступает нечто, напоминающее «предстартовую лихорадку» с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения. «Дистанция» формирует заколдованный круг: человек в состояний застоя, который мешает ему приблизиться к реальности окружающей жизни. В итоге происходит регрессия - действие, состоящее в суицидальной попытке, которая одновременно является актом мести и осуждения тех, кто мешал и ответственен за непереносимое чувство неполноценности, а также поиском сочувствия к себе. Зная последовательность поступков при аутоагрессии, ее можно предотвратить [1]**.**

К.Г. Юнг, касаясь проблемы самоубийства, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать причиной смерти от собственных рук. Это стремление связано с актуализацией архетипа коллективного бессознательного, принимающего различные формы [73].

К. Хорни в русле психодинамической концепции и эго-психологии развивала представления о том, что при нарушении межличностных взаимоотношений возникает невротический конфликт, порожденный так называемой базисной тревогой. Она проявляется с детства из-за ощущений враждебности окружения. В невротической ситуации человек чувствует себя; одиноким, беспомощным, зависимым и враждебным. Эти признаки могут стать основой суицидального поведения. Враждебность при конфликте актуализирует разрушительные наклонности, направленные на самого себя. Они не всегда реализуются в суициде, но могут проявиться в форме презрения, глобального отвращения или глобального отрицания. Они усиливаются при эгоцентрической установке. Тогда враждебность и презрение к другим может стать настолько сильным, что суицид становится привлекательным способом мести. Добровольная смерть - утверждение своего Я. Покорность судьбе, при которой аутодеструктивность является преобладающей тенденцией, является, по К. Хорни, латентной формой самоубийства [68].

Г.С. Салливан рассматривал суицид с точки зрения своей теории межличностного общения. Согласно этой теории, есть три образа Я «хорошее Я», если отношение других обеспечивает безопасность, «плохое Я» если окружение порождает тревогу и другие отрицательные эмоции, «не - Я если человек утрачивает эго-идентичность, например, при психозе или суицидальной ситуации. Кризисы в течение жизни провоцируют длительное существование «плохого Я», что мучительно и дискомфортно. Для прекращений страданий осуществляется превращение «плохого Я» в «не - Я». Этим же актом человек заявляет о своей враждебности к окружению [54].

Следует отметить, что современные суицидологи, стоящие на неопсихоаналитических позициях, не разделяют многие взгляды 3. Фрейда, в частности его подход к аутоагрессии только как к проявлению агрессивных инстинктов, но тем не менее при изучении причин самоубийства по-прежнему ведущей место уделяют психологическим факторам, а основным методом их изучен: считают метод психологизации суицидального поведения [21, 284].

Так, например, по мнению видного финского суицидолога Ахте, суицид может носить характер любовного влечения, когда лицо, совершающее самоубийство, надеется путем смерти воссоединиться с любимой или с родственниками, по которым скучает. Такие суициденты, по мнению исследователя, уповают на то, что, умерев, они обретут ту любовь и сочувствие, на которые они тщетно надеялись при жизни, в связи с тем смерть представляется им привлекательной [10, 22-27].

Современные психодинамические теории суицидального поведения придают большое значение исследованию фантазии суицидентов о том, что могло бы случиться и что было бы с их сознанием, если произойдет суицид. Эти фантазии часто включают жажду мщения, могущества, контроля, наказания; жажду искупления и жертвы; желание убежать или заснуть либо спастись, возродиться, воссоединиться с помощью смерти в новой жизни. Суицидальные фантазии возни кают чаще при потере любимого, близкого человека. У депрессивных больных возникают фантазии об избавлении от депрессии с помощью суицида [21, 285].

Представители *экзистенциально-гуманистического направления* в психогии К. Роджерс и Р. Мэй подчеркивали роль тревоги и эмоциональных расстройств в формировании суицидального поведения. Так, К. Роджерс полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении Я, формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура Я ригидна, то несогласующийся с нейтральный опыт воспринимается как враждебный, как угроза жизни и искажается, либо не воспринимается. Не признавая реальный опыт, человек заключает себя в темницу. При этом, не переставая существовать, опыт отчуждается от Я, в результате чего теряется контакт с реальностью. Таким образом, вначале не доверяя собственному опыту, впоследствии Я полностью лишается доверия к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества, утрате веры в себя, появлению ненависти и презрения к жизни, в то время как смерть идеализируется, что приводит к суицидальным тенденциям [52]. Р. Мэй полагал, что основная причина самоубийств - утрата смысла жизни [41].

Основоположник одного из значимых направлений экзистенциальной психотерапии - логотерапии - Виктор Франкл в своей работе «Человек в поисках смысла» рассматривал самоубийство в ряду таких понятий, как смысл жизни и свобода человека, а также в связи с психологией смерти и умирания, человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: терпит поражения, страдает и должен умереть. Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Идея самоубийства по Франклу, принципиально противоположна постулату, что жизнь при любых обстоятельствах полна смысла для каждого человека. Но само наличие идеи самоубийства - возможность выбрать самоубийство, принять радикальный вызов самому себе - отличает человеческий способ бытия от существования животных. В. Франкл относился к самоубийству с сожалением и настаивал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. Таким путем неискупить вину перед другими: только ошибающаяся совесть может приказать совершить самоубийство. Человеку следует повиноваться жизненным правилам: не пытаться выиграть любой ценой, но и не прекращать борьбы даже в условиях невыносимого существования. Самоубийство лишает человека возможности пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете само - убийца не боится смерти - он боится жизни, считал В. Франкл [64].

По мнению большинства сторонников экзистенциально-гуманистического направления, психологический смысл суицидального поведения - символический «крик о помощи», а также попытка привлечь внешнее внимание своим проблемам [21, 286].

Когнитивно-поведенческая теория исходит из понятия «рефлекса цели» И.П. Павлов писал: «…Рефлекс цели имеет огромное жизненное значение, он есть основная форма жизненной энергии каждого из нас, жизнь перестает призывать к себе, как только исчезает цель. Разве мы не читаем весьма часто в записках, оставляемых самоубийцами, что они прекращают жизнь потому, что она бесцельна. Конечно, если цели человеческой жизни безграничны и неистощимы. Трагедия самоубийцы в том и заключается, что, у него происходит чаще всего мимолетное и только гораздо реже продолжительное задерживание, торможение рефлекса цели [45, 214].

Современные представители когнитивной школы, изучая процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления и «когнитивных искажений», например, «жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть», которые ведут к невозможности выработки решений своих проблем [12]. В рассуждениях сторонников этой концепции много интересного, но все они страдают односторонностью.

*Социологическая концепция* исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль. Специалисты ВОЗ обратили внимание на тот заслуживающий интереса факт, что рост самоубийств в странах, вступающих на путь экономического и социального развития, прямо пропорционален темпам экономического развития этих стран. Однако влияние социальных и экономических факторов на возникновение суицида носит, как правило, косвенный характер. Современное состояние культуры предполагает постоянное принудительное общение с огромной массой людей, которое обезличивает конкретного человека и впоследствии порождает конфликты [46, 9].

Основатель и ярчайший представитель социологического подхода к анализу суицидального поведения Э. Дюркгейм разделил самоубийства на три основные категории [20, 104-148]:

*Альтруистическое самоубийство* - это своеобразный акт принесения своей жизни в жертву ради блага своей социальной группы - семьи, друзей, единомышленников и т.д.

*Эгоистическое самоубийство* характерно для людей, утративших чувство единства со своей социальной группой и, таким образом, больше не ощущающих себя подвластными социальному, семейному и религиозному контролю с ее стороны.

*Аномическое самоубийство* (от франц. anomie - отсутствие закона, организации) наблюдается средиживущих в обществе, где недостает «коллективного порядка», поскольку оно находится в стадии коренных социальных перемен или переживает политический кризис. В целом это социально-психологическое понятие, обозначающее нравственно-психологическое состояние общественного и индивидуального сознания, которое характеризуется разложением системы ценностей, изоляцией человека от общества, его разочарованностью в жизни, противоречием между провозглашаемыми ценностями и невозможностью их реализации [46, 10].

Отечественные ученые Амбрумова, Тихоненко, Старшенбаум не умаляя роли психологических факторов в формировании суицидального поведения, тем не менее, не считают их ведущими и рассматривают в совокупности с социальными и биологическими в рамках *интегративного подхода* [21, 287].

Современная интегративная концепция суицидального поведения берет свое начало в трудах Эдвина Шнайдмана, который описал наиболее значимые характеристики суицида. Помимо характеристик, Э. Шнайдман предложил типологию индивидов, грающих непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти:

 искатели смерти, намеренно расстающиеся с жизнью, сводя возможность спасения к минимуму;

 инициаторы смерти, намеренно приближающие ее (тяжелобольные, сознательно лишающие себя систем жизнеобеспечения);

 игроки со смертью, склонные испытывать ситуации, где жизнь - ставка, а возможность выжить маловероятна;

 одобряющие смерть, которые не стремятся активно к концу, но не скрывают своих суицидальных намерений (одинокие старики, эмоционально неустойчивые подростки и юноши в пору кризиса эго-идентичности) [71].

Э. Шнейдманом также были выделены три типа суицидов:

*Эготическое самоубийство,* обусловленное интрапсихическим диалогом, конфликтом между частями Я, в то время как внешние обстоятельства играют дополнительную роль (суициды психически больных, страдающих слуховыми галлюцинациями).

*Диадическое самоубийство,* основа которого в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому человеку. Таким образом, внешние факторы доминируют, делая суйцид актом по отношению к другому.

*Агенеративное самоубийство,* когда причина состоит в желании исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом (суициды в пожилом возрасте) [71].

Интегративная концепция суицидального поведения получила дальнейшее развитие в работах А.Г. Амбрумовой, которая дает следующее определение: *суицидальное поведение* - *следствие социально-психологической де*з*адаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта* [8, 7-20; 5, 91-102; 9, 7-25].

По мнению *А.Е. Личко,* суицидальное поведение у подростков бывает: демонстративным, аффективным, истинным.

*Демонстративное суицидальное поведение*- разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей (например, наказаний за совершенные правонарушения или проступки), или, наконец, чтобы наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, или доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершается демонстрация, свидетельствует обычно о том, кому она адресована: дома - родным, в компании сверстников - кому-либо из ее членов, при аресте - властям и т.п. Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неосторожности, неправильного расчета или иных случайностей могут обернуться роковыми последствиями. Оценка поступка как демонстративного требует тщательного анализа всех обстоятельств.

*Аффективное суицидальное поведение****.*** Сюда относятся суицидные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью, или такая возможность допускается. Тем не менее здесь обычно имеется большой или меньший компонент демонстративности. Существует целая гамма переходов от импровизированного на высоте аффекта суицидального спектакля до почти лишенного всякой демонстративности истинного, хотя и мимолетного желания покончить с собой. В первом случае речь идет о демонстративном поведении, но развертывающимся на фоне аффекта - аффективная демонстрация. В других случаях аффективная суицидная попытка может быть обрамлена демонстративными действиями, желанием, чтобы смерть «произвела впечатление». Наконец, истинное покушение на самоубийство может совершаться также на высоте аффективной реакции интрапунитивного типа.

*Истинное суицидальное поведение.* Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидная попытка, по представлению подростка, была эффективной, чтобы суицидным действиям «не помешали». В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких [36, 38].

Е.В. Змановская выделяет три основные группы суицидов: истинные, демонстративные, скрытые.

*Истинный суицид* направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествуют угнетенное настроение, депрессивное состояние или просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни.

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

*Скрытый суицид* (косвенное самоубийство) - вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованная езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление сильных наркотиков, и самоизоляция [22, 83].

Основные концепции суицидального поведения:

Психопатологическаяконцепция исходит из положения о том, что все самоубийцы - душевнобольные люди, а суицидальные действия - проявления острых и ли хронических психических расстройств».

Психологическая концепция отражает точку зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы.

Социологическая концепция исходит из того, что в основе суицидального поведения лежит снижение и неустойчивость социальной интеграции, а самоубийство во всех случаях может быть понято лишь с точки зрения взаимоотношений индивида с социальной средой, при этом собственно социальные факторы играют ведущую роль.

По интегративной концепции суицидальное поведение это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.

## **1.3 Мотивы, причины, поводы суицидального поведения**

Суицидальные действия, если они совершаются не в состоянии психоза, считаются умышленными и поэтому должны иметь свои мотивы, причины, условия и поводы [2; 37].

Цель - осознанный образ предвосхищаемого результата, на достижение которого направлено действие человека.

По определению Дюркгейма, суицид является намеренным и осознанным лишением себя жизни. Однако саму суицидальную попытку следует рассматривать не только как цель, но и как средство для достижения цели.

Целью *истинных самоубийств* является лишение себя жизни, здесь цель и средства совпадают. Однако суицидальная попытка может предприниматься не с целью умереть, а для решения какой-либо другой проблемы. Таким образом, категория цели дает возможность отдифференцировать истинный суицид от внешне сходных вариантов самоповреждений.

*Демонстративно-шантажное поведение* своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения. Такая демонстрация подчас оканчивается завершенным суицидом вследствие недоучета реальных обстоятельств.

С*амоповреждения и членовредительство* вообще не направляются представлениями о смерти, их цель может ограничиваться только лишь повреждением какого-либо органа. И, наконец, опасные для жизни действия, направляемые иными целями, следует относить к *несчастным случаям* [21, 287].

Таким образом, одни и те же действия могут квалифицироваться по-разному в зависимости от цели, которую они преследуют. Например, самопорезы в области предплечий могут быть отнесены:

к истинным суицидальным попыткам, если конечной целью была смерть от кровопотери;

к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью была демонстрация окружающим желания умереть при отсутствии такового;

к самоповреждению, если цель была испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в периоды аффективных разрядов или при наркотическом опьянении;

к несчастным случаям - если по бредовым мотивам самопорезы преследовали цель «выпустить из крови бесов» [56, 283].

Внимательный анализ целей жизнеопасных действий особенно необходим у психических больных. Так, в состоянии делирия выпрыгивание больного из окна в одном случае расценено как истинная суицидальная попытка, поскольку целью была смерть как избавление от преследования; в другом - как несчастный случай, т.к. больной, будучи дезориентирован, «выбежал» в окно, посчитав, что находится на первом этаже здания. Известны случаи, когда больные ложились на проезжую часть дороги, чтобы доказать свое бессмертие или прыгали с высоты с целью «полетать» над городом. Подобные примеры не могут быть отнесены к истинным суицидам, являются несчастными случаями, несмотря на их операциональное сходство [56, 284].

Мотив - внутренняя устойчивая психологическая причина поведения или поступка человека.

Суицидальное поведение, как правило, вызвано не одним, а несколькими, одновременно действующими и взаимосвязанными мотивами, которые образуют систему мотивации действий и поступков человека [2, 89-90].

Система мотивов при суицидальном поведении всегда находится в напряженной динамике. В ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных мотивов, воплощенных в пессимистической личностной установке. Это борьба с непредсказуемыми последствиями. Если активен витальный мотив (например, чувство долга), тогда процесс развития суицидального поведения приостанавливается. Иногда какое-то событие может сыграть роль детонатора, последнего толчка и подтолкнет суицидента к конечной фазе - суицидальному акту. Один из указанных мотивов суицида обычно выступает в качестве ведущего, другие могут к нему присоединяться или отсутствовать. Тот или иной тип суицидального поведения проявляется в зависимости от возраста, типа личности суицидента, а также ситуации, провоцирующей суицид [56, 285].

В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В.А. Тихоненко, согласно которой выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ» [3, 6-28].

*Суицидальные реакции по типу «призыва» («крик о помощи»).* К данной группе относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку. На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Чтобы другие люди поняли, какое сильное отчаяние я чувствую»; «Чтобы получить помощь от других людей». К данной группе также относят демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (супруга, родителей, детей).

При наличии мотивов данного типа индивид, как правило, перед совершением суицидального акта в прямой или косвенной форме сообщает о своих намерениях или угрожает покончить с собой. Суицидальная попытка обычно совершается в присутствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке (например, сразу после акта отравления лекарственными препаратами человек звонит по телефону знакомым и сообщает о своих действиях). Лица, руководствующиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно не думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Мотивы данного типа характерны для лиц молодого возраста с тревожно-мнительными, истероидными или инфантильными чертами.

*Суицидальные реакции по типу «протеста».* К этой группе относят случаи, когда человек, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия с тем, чтобы выразить свой протест против происходящего. На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Чтобы как-то выразить свой гнев (обиду)»; «Чтобы наказать виновных, чтобы им стало хуже».

Самоповреждающие действия обычно не планируются, носят характер «коротких замыканий», нередко совершаются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста, с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

*Суицидальные реакции по типу «избегания».* К данной группе относят случаи, когда человек, находясь в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации). На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Ситуация была так невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще»; «Хотел избежать невыносимой ситуации, отвлечься от мыслей о ней». К данной группе также относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку с целью уменьшения негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них (избегание страдания). На вопрос о цели суицидальных действий такие лица отвечают: «Сделал это, чтобы освободиться от невыносимой душевной боли»; «Хотел перестать чувствовать тревогу и отчаяние».

Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50-70% лиц с истинными попытками суицида.

Реакции данного типа характерны для старших возрастных групп - мужчин и женщин старше 30 лет. Суициды совершаются путем самоповешения, самоотравления. Алкоголь, если и принимается, то после принятия решения о самоубийстве («чтобы было легче решиться на суицид»).

*Суицидальные реакции по типу «самонаказания».* Данная группа включает случаи, когда человек совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе. На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Хотел наказать себя». В качестве примера можно привести случай больной наркоманией, которая, находясь в состоянии наркотической «тяги», продала большую часть семейных драгоценностей, затем, переживая состояние абстиненции, совершила тяжелую попытку суицида под влиянием чувств стыда и вины за совершенный поступок.

Реакции по типу «самонаказания» характерны для людей (чаше женщин) среднего возраста. Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

*Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни*- здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть». Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы. Этот тип суицидального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатиями астенического круга [70, 71].

Так же необходимо отметить, что у большей части суицидентов на ранних этапах суицидального поведения наблюдается состояние борьбы мотивов: с одной стороны, возникают суицидальные побуждения, с другой - появляются мысли об обязательствах перед детьми, нежелании доставить горе близким, страх смерти и прочие удерживающие человека от совершения суицидального акта мотивы. Другими словами, суициденты переживают борьбу суицидальных и антисуицидальных мотивов и чем сильнее выражены последние, тем меньше вероятность совершения суицидального акта [23, 22-27].

При анализе суицидов, кроме мотива, необходимо различать следующие понятия.

*Причина суицидального поведения*- это все то, что вызывает и обусловливает суицид. Помимо основной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и др.);

*Повод суицидального поведения* - в отличие от причины - это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Как правило, анализ поводов самоубийств не выявляет их причины;

*Условия -* комплекс явлений, которые хотя и не порождают конкретные действия, но выступают необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Анализ причин суицидов показывает повсеместную зависимость их от условий [2, 89].

Полищук Ю.И освещен вопрос относительно суицидов у практически здоровых в периоды переживания какого-либо стресса, фрустрации, острых конфликтных эпизодов, более широко - психологического кризиса. По ее мнению в случаях суицида у психически здоровых лиц, психологический кризис на своей высоте все равно переходит на клинический уровень в течение короткого времени. Тем не менее, наряду с этим выдвигается и представление о том, что сам акт самоубийства, совершаемый психически здоровыми людьми, представляет собой во многих случаях непатологическую психологическую, «общечеловеческую» реакцию личности на экстремальные обстоятельства [21, 283].

Известным отечественным суицидологом Амбрумовой А.Г. и ее сотрудниками выделено шесть типов непатологических суицидоопасных ситуационных реакций, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта.

*Ситуационная реакция* - понимается как модус поведения личности, определяемый ее позицией, исходящей из собственной концепции данной ситуации. Она представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Вид, тип, направленность и структуру реакций определяют особенности личности человека, причем очень важна значимость для личности данной ситуации. Отсюда у разных индивидуумов на сходные ситуации возникают разные реакции.

*Пессимистическая ситуационная реакция* - отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

*Реакция отрицательного баланса* - характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

*Реакция дезорганизации* - в ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления, чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция «потерей точки опоры». Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

*Реакция эмоционального дисбаланса* - имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

*Реакция демобилизации* - отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отвергнутости. Суицидальный риск средний.

*Реакция оппозиции* - характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний [9, 7-25].

Обычно протяженность непатологических ситуационных реакций у психически здоровых лиц варьирует от нескольких дней до трех месяцев с постепенным полным возвращением индивидуума к прежнему социально-психологическому статусу.

У лиц с выраженными акцентуациями характера автор выделяет *переходные ситуационные реакции,* которые, еще не являясь психопатологическими симптомами, служат выражением нормальных, хотя и акцентуированных личностных реакций в экстремальных ситуациях. К ним относятся:

реакция эгоцентрического переключения;

реакция душевной боли (психалгия);

реакция переживаний негативных интерперсональных отношений [56, 287-289].

В ряде случаев эти реакции у акцентуированных личностей могут при их углублении трансформироваться в психопатологические феномены:

) реакции эгоцентрического переключения - в синдром аффективно-суженного сознания с фиксированным вазо-вегетативным компонентом;

) реакции психалгии - в психогенные депрессии и депрессивные

реакции;

) реакции негативных интерперсональных отношений - в аффективно окрашенные, обсессивные, сверхценные, реже субпараноидные

образования с идеями отношения.

Существенно то, что при переходе реакций у акцентуантов в их клинические феномены риск суицида заметно снижается. Продолжительность реакций, трансформированных в их клинические аналоги, составляет обычно от 1 до 3 месяцев [56, 287-289].

**Таким образом**, из данного раздела следует, что: суицидальные действия являются умышленными и поэтому должны иметь свои цели, мотивы, причины, условия и поводы.

Суицидальную попытку следует рассматривать не только как цель, но и как средство для достижения цели. В зависимости от цели суициды подразделяются на истинные, демонстративно-шантажные, самоповреждения и несчастные случаи.

Выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ».

**Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод по 1 главе:**

1. Суицид - действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни, психологический смысл которого заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от психотравмирующей ситуации, в которой человек оказался.

1. К основным концепциям суицидального поведения относятся: психопатологическая, психологическая, социологическая и интегративная.

2. Суицидальные действия являются умышленными и поэтому должны иметь свои цели, мотивы, причины, условия и поводы.

# **2. Клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте**

## **.1 Психологические особенности подросткового возраста**

В настоящее время к подросткам принято относить детей 12-15 лет, причем период 11-12 лет определяется как препубертатный период, а 13-15 лет - как пубертатный [42, 318].

Подростковый возраст как переходный от детства к зрелости всегда считался критическим, однако кризис этого возраста (пубертатный) значительно отличается от кризисов младших возрастов. Он является самым острым и длительным. Связано это с сочетанным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов [42, 319].

В основе бурных и болезненно переживаемых соматических изменений организма подростка лежит интенсивная перестройка эндокринной системы, заканчивающаяся достижением половой зрелости. Помимо формирования вторичных половых признаков у подростков отмечается изменение взаимоотношений частей тела; туловище - еще детское при быстром развитии конечностей. Движения при этом становятся угловатыми и неуклюжими. Часто за бурным ростом тела (резкое увеличение мышечной массы и роста) не успевают внутренние органы, что приводит к развитию целого ряда функциональных заболеваний, особенно сердечно-сосудистой системы» [60, 29-30; 44].

По принципу бинарности действия гормонов перестройка эндокринной системы не может протекать без соответствующих изменений в психике. В связи с этим в момент особенно резких эндокринных сдвигов у подростков отмечается выраженное психическое беспокойство, повышенный уровень тревожности. Пытаясь избавиться от этой тревожности, выплеснуть ее во вне, они часто вступают в конфликты, нередко отмечаются коллективные драки. Этим же объясняется повышенная склонность подростков к посещению массовых шумных рок - концертов, употребление наркотиков и алкоголя [34, 134; 42, 320].

Наряду с психическими изменениями, обусловленными исключительно гормональным воздействием, у подростков наблюдаются и глубоко психологические, личностные изменения, не связанные напрямую с перестройкой эндокринной системы. К таким изменениям следует отнести формирование нового самосознания с повышенным чувством собственного достоинства, собственных возможностей и способностей. Развиваются и более полно осознаются высокие чувства дружбы и любви, причем любовь отнюдь не обусловлена сексуальными потребностями, но напротив носит исключительно платонический, духовный характер [60, 31-33].

В течение подросткового периода ломаются и перестраиваются многие прежние отношения ребенка к окружающему и самому себе, формируется та жизненная позиция, с которой подросток начинает свою самостоятельную жизнь. Вступление во взрослую жизнь - не одномоментное событие, а длительный процесс, биологические и социальные стороны которого имеют свои силы, свой ритм и темпы развития. В связи с высокими, но не синхронными темпами физического и психического развития подростков у них возникает много таких потребностей, удовлетворить которые в условиях еще недостаточной социальной зрелости не всегда возможно. Поэтому депривация потребностей в подростковом возрасте наблюдается чаще и выражена значительно сильнее, чем в более младшем возрасте, и преодолеть ее из-за отсутствия синхронности в психическом и социальном развитии подростка очень трудно [19].

Основным новообразованием подросткового возраста является формирование чувства взрослости, т.е. состояние, когда основная масса потребностей подростка ничем не отличается от таковых у взрослых. Однако при объективно наступающем взрослении социальная ситуация для него, как правило, не меняется - он остается учащимся и находится на иждивении у родителей, лишен ряда гражданских прав. Поэтому многие притязания приводят к неразрешимым трудностям, входят в конфликт с реальной действительностью. В этом и кроется основная психосоциальная причина кризиса подросткового возраста [34, 136-139].

Одним из самых заметных и важных проявлений психологической перестройки подростка является резкое изменение отношения со взрослыми, в частности с родителями. Происходит смена значимых лиц, и подростки во многих жизненных областях ориентируются исключительно на мнение сверстников, почти полностью игнорируя мнение родителей и окружающих взрослых [47].

Общение подростков - это специфический вид межличностных отношений. Групповая игра и другие виды совместной деятельности вырабатывают необходимые предпосылки социального взаимодействия, умение подчиняться коллективной дисциплине и в то же время отстаивать свои права, соотносить личные интересы с общественными. И, наконец, это специфический вид эмоционального контакта. Сознание групповой принадлежности, солидарности, товарищеской взаимопомощи не только облегчает подростку автономизацию от взрослых, но и дает ему чрезвычайно важное чувство эмоционального благополучия и устойчивости [33].

Психология общения в подростковом периоде возрасте строится на основе противоречивого переплетения двух потребностей: обособления и потребности в принадлежности, включенности в какую-нибудь группу или общность [29].

Чувство одиночества, неприкаянности, связанное с возрастными трудностями становления личности, порождает у подростков неутомимую жажду общения и группирования со сверстниками, в обществе которых они находят или надеются найти то, в чем отказывают взрослые: эмоциональное тепло, спасение от скуки и признание собственной значительности [62].

Развитие самосознания является одним из центральных психических процессов переходного возраста. Противоречивость положения, изменение структуры социальных ролей и уровня притязаний подростка приводят к тому, что он впервые начинает обращать внимание на свой внутренний мир, пытаясь ответить на вопросы: «Кто Я?!, «Кем Я стану?», «Каким Я хочу и должен быть?». Именно с появлением новых вопросов к себе и о себе связана перестройка самосознания [31; 34, 139-140].

Несмотря на то, что для подростка единственной осознаваемой реальностью является внешний мир, он все больше начинает задумываться о своих собственных чувствах и мыслях, анализировать внутреннее состояние других людей. Впервые осознается своя непохожесть на других, и именно в этом возрасте человек впервые сталкивается с таким важным и таинственным психологическим состоянием, как одиночество. Не менее важным и сложным является осознание своей преемственности, устойчивости своей личности во времени. Если для ребенка из всех измерений времени самым важным, а подчас и единственным, является настоящее, «сейчас», то у подростка положение меняется: ускоряется субъективное течение времени, появляется ощущение важности ближайшей перспективы, хотя в целом восприятие времени остается еще дискретным и ограничено во многом непосредственным прошлым и настоящим [27].

Следует отметить, что переходный возраст, особенно 12-14 лет, сопровождается значительными изменениями в содержании и структуре Я-концепции. У подростков заметно усиливаются склонность к самонаблюдению, застенчивость, эгоцентризм, снижается устойчивость образов «Я», несколько снижается общее самоуважение и существенно меняется самооценка некоторых качеств. Подросткам значительно чаще, чем детям, кажется, что родители, учителя и сверстники о них дурного мнения, и они чаще испытывают депрессивные состояния [47; 13].

Сами юноши и девушки прежде всего воспринимают период «трудного возраста» как период физических перемен, становления психосексуальной идентификации. В переходном возрасте люди чаще, чем когда бы то ни было, становятся жертвами синдрома дисморфомании (бред физического недостатка), уделяя большое внимание своей внешности [30; 42, 437-438].

Таким образом, в подростковом возрасте у человека начинает активно формироваться самосознание, начинается становление образа «Я», который уже окончательно утверждается в раннем юношестве [42, 439].

**Таким образом**, из данного раздела следует, что:

- К подросткам принято относить детей 12-15 лет, причем период 11-12 лет определяется как препубертатный период, а 13-15 лет - как пубертатный.

Подростковый кризис является самым острым и длительным и это связано с сочетанным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов.

К соматическим факторам относятся:

перестройка эндокринной системы

формирование вторичных половых признаков

изменение взаимоотношений частей тела;

К психическим и социальным изменениям относятся:

формирование самосознания

становление образа «Я»,

развитие и более полное осознование высоких чувств дружбы и любви,

перестраивание многих прежних отношений ребенка к окружающему и самому себе

формирование жизненной позиции

формирование чувства взрослости

## **2.2 Особенности проявлений суицидального поведения в подростковом возрасте**

Подростковый суицид в основных чертах повторяет взрослый, но вместе с тем имеет свою специфику, обусловленную возрастными особенностями. Подростковый суицид часто подражателен, имеет черты героического или романтического поведения с элементами игры и демонстрации.

Психологический смысл подросткового суицида - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть у подростков, как правило, нет; представление о смерти крайне неотчетливо и инфантильно. Смерть представляется в виде желательного сна, отдыха от невзгод, в ней видится способ наказать обидчиков [39, 20].

По мнению Л.А. Азаровой наиболее частыми причинами суицидов среди подростков являются [2, 89]:

- потеря близкого или любимого человека;

состояние переутомления;

уязвленное чувство собственного достоинства

разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, наркотиков, гипногенных психотропных средств;

отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;

различные формы страха, гнева и печали по разным поводам;

дезадаптация, связанная с нарушением социализации (место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний);

конфликты в семье (часто связаны с непринятием системы ценностей старшего поколения);

болезненные состояния (психозы, пограничные состояния, соматические заболевания);

боязнь ответственности и стыд за совершенное правонарушение [2, 90].

Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения: иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеет отягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания - гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще всего связаны с неприятием молодым человеком системы ценностей старшего поколения [70, 102-107].

Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для подростков характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства [57, 42-47].

Малкина-Пых И.Г. выделяет основные мотивы суицидального поведения у подростков [40, 372]:

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.

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

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

. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.

. Боязнь позора, насмешек или унижения.

. Страх наказания, нежелание извиниться.

. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.

. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.

. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.

. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера» [40, 372-373].

Суицидоопасна в подростковом возрасте и депрессия.

Е.М. Вроно выделяет несколько основных вариантов депрессивного синдрома с суицидальным поведением: детский, девиантный, ипохондрический, астенический, с преобладанием типично подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дисморфофобии) и вариант, оформленный типично-депрессивной симптоматикой [6, 1557-1560].

*Детский вариант депрессии.* Для него характерна минимальная выраженность аффекта тоски. При этом дети становятся менее подвижными, раздражительными, капризными, недовольными собой и окружающими, у них нарушаются сон и аппетит. На фоне отускнения прежних интересов появляется не свойственная ранее «погребальная» тематика, что выражается в играх, инсценировании похорон игрушек и домашних животных, рисунках с изображением могил, гробов, в патологическом фантазировании на тему собственной смерти и похорон. К самоубийству, как правило, приводит незначительный конфликт, попытки осуществляются калечащими способами.

*Девиантный вариант депрессии* (как правило, препубертатный и младший пубертатный возраст: 10-12 и 12-14 лет). Характеризуется не свойственными ранее нарушениями поведения самого широкого спектра. При этом наблюдается пониженное, с оттенком дисфоричности, настроение с готовностью к гетеро- и аутоагрессии.

*Ипохондрический вариант депрессии* (чаще младший и средний пубертатный возраст: 12-14 и 14-16 лет). В клинической картине этого варианта превалируют соматические жалобы; действительно неприятные ощущения в теле преувеличиваются и трактуются как неизлечимое заболевание. Для него характерен тревожно-тоскливый аффект, с раздражительностью, а также ощущение покинутости всеми. Подростки становятся капризны, нередко стационируются в больницы, консультируются у интернистов, запускают учебу.

*Астенический вариант депрессии* (младший и средний пубертатный возраст: 12-14 и 14-16 лет). Первые признаки этого варианта - затруднения в учебе, ухудшение памяти.

Кроме того, у подростков блекнут интересы, появляются вялость, безынициативность, сон не приносит бодрости. Все это создает почву для конфликтов, в первую очередь школьных, которые воспринимаются трагически. Покушение на самоубийство - обычный ответ на конфликт в такой ситуации. Риск повторного суицида очень высок.

*Вариант депрессивного синдрома с преобладанием типично подростковых симптомов* (свойствен позднему постпубертатному возрасту: 16-18 лет). Рассуждения о смысле жизни и смерти приобретают характер бесплодного мудрствования, негативно окрашенного и несущего в себе элемент «пассивного согласия на смерть». Аффект не вербализуется, подросток становится замкнутым, недоступным, преисполненным сознания собственной отчужденности и душевного одиночества. При этом варианте характерно обострение сензитивности, углубление депрессии, а суицид может быть ответом на незначительную психотравму.

В отдельную категорию здесь выделяются подростки с дисморфофобией.

*Типичная депрессия* с преобладанием тревожных компонентов, со страхами, тревожной ажитацией, иногда сопровождается непереносимым ощущением психического напряжения и достигает степени раптуса, включая в себя целый регистр аутоагрессивных проявлений - от компульсивного влечения причинить себе боль до суицидальных попыток [6, 1557-1560].

Типичной для подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Состояние подростков, совершивших суицидальную попытку, определяется «следами» пережитой психотравмирующей ситуации, динамикой психического состояния после суицида, особенностями личностно-характерологического реагирования, дополнительными переживаниями, связанными с суицидальной попыткой и соматическими последствиями попытки, семейным микроклиматом и обстановкой в окружающей среде [21].

А.Е. Личко и В.Т. Кондратенко указывают на определенную связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По мнению А.Е. Личко, придемонстративном суицидальном поведении большая часть подростков имели истероидный, истероидно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы, меньшая - эпилептоидный и эпилептоидно-истероидный и незначительная часть - другие типы акцентуаций характера. В то же время суицидальные попытки в большинстве случаев совершались лицами с сенситивным и циклоидным типами акцентуации [15].

По данным В.Т. Кондратенко, примерно 30% подростков, покончивших с собойи покушавшихся на самоубийство, имели шизоидные черты характера. Суицидальные действия, совершаемые психастениками, по мнению автора, заранее продуманы и не рассчитаны на зрителя, как и суицидальные действия сенситивных подростков, которые часто бывают полной неожиданностью для окружающих. Истероидные подростки чаще других используют поверхностные порезы вен, отравление малоядовитыми лекарствами. Обычно они пишут предсмертные записки с указанием места и времени самоубийства, а также условий, на которых он согласен остаться жить. Суицидальное поведение для неустойчивых подростков нетипично, но иногда они могут совершить самоубийство под влиянием сильной личности, за компанию. Эмоционально-лабильный тип характеризуется внезапностью возникновения и реализации суицидальных мыслей, хотя чаще всего эти попытки самоубийства носят «несерьезный», демонстративный характер. Для гипертимных подростков суицидальное поведение нетипично [32].

По мнению А.А. Султанова такие особенности личности суицидентов, как сензитивность, эмоциональная неустойчивость, возбудимость, достигавшие у некоторых из них уровня акцентуации, формировали в сочетании с другими факторами особую предиспозицию личности, способствующую повышению суицидального риска [46].

Е.М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью [17, 7].

Для подросткового возраста по мнению А.Г. Амбрумовой, Е.М. Вроно, характерны следующие типы суицидоопасных ситуационных реакций [6, 1557-1560]:

*1. Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст).* Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания. В анамнезе - жесткое авторитарное воспитание.

*2. Эксплозивная реакция (чаще средний подростковый возраст).* Характерны: аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе - воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Цель суицидальных действий в этом случае - стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.

*3. Реакция самоустранения (средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости).* Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Цель суицидальных действий в этом случае - уход от трудностей [6, 1557-1560].

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается *в специфике суицидальных действий,*среди которых выделяются следующие [46, 15-29]:

*1. Самоповреждения.* Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии. В анамнезе - воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего - эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений - злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

*. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом.* Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные и возбудимые типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников - дискомфорт ввиду завышенных притязаний.

В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей - нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация подобным образом не разрешается - возможен повтор.

*3. Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией.* Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертатедемонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

*. Суициды с мотивацией самоустранения.* Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность [46, 15-29].

Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастению. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде - страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

Чем меньше возраст, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. В описанных типах 1-4 агрессивный компонент уменьшается [46, 15-29].

При суицидальных поступках у подростка особое значение приобретает фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера». В качестве примера могут выступать суицидальные поступки как «ближнего круга» - родителей, братьев или сестер, друзей или соседей, так и не совсем корректное освещение в средствах массовой информации темы суицида. Очень опасными и часто ведущими к суицидальному действию у детей и подростков являются повторяющиеся угрозы родителей совершить самоубийство, особенно в связи с разводом. Часто в таких случаях дети реализуют намерения родителей» [63, 1850-1862].

Особенное влияние на молодежь может иметь смерть «кумиров»: знаменитостей, музыкантов, моделей. С. Стак указывает на очевидность связи повышенного количества самоубийств с освещением в средствах массовой информации суицидов знаменитостей [18].

Разные публикации в газетах, теле- и радиопередачи о самоубийствах могут, также подтолкнуть к попыткам самоубийств среди особо чувствительных подростков. В 80-е годы 2 американских детских психиатра Gould och Shatter описали действие серии телевизионных программ о самоубийствах подростков, которые были показаны с педагогической целью. В течение 2 нед. после каждой такой программы количество самоубийств в этой возрастной группе значительно увеличилось. Сейчас информацию (описание различных способов самоубийства) можно получить по Интернету, что также может повысить риск подражания. Считается, что подросток, совершивший самоубийство, «вдохновляет» других людей, которые находятся в трудном положении, к таким же действиям. Увеличение случаев самоубийств может наблюдаться в школьной среде или других группах, где подростки хорошо знают друг друга. Те, кто был ближе всего к умершему, переживают очень сильный шок. У них развивается депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство [49].

Для подросткового возраста характерны кластерные суициды в виде эпидемии самоубийств, совершенных сходным способом в короткий период времени. Впечатлительные, склонные к подражанию подростки являются наиболее частыми жертвами информационных программ, документальных или художественных фильмов и публикаций в прессе, в которых освещаются случаи самоубийств. В суицидологии этот феномен известен как «синдром Вертера». Более 2 столетий тому назад гениальный немецкий писатель И. Гете написал роман «Страдания юного Вертера». Главный герой романа Вертер застрелился из-за неразделенной любви. Книга имела огромное влияние на читателей и вызвала волну самоубийств по всей Европе. Подражая Вертеру, молодые люди стрелялись перед портретами возлюбленных. Всплеск самоубийств был столь велик, что в некоторых странах роман был запрещен. Эффект подражания и индуцирующее влияние резонансных самоубийств, отраженных в масс-медиа, хорошо известен и в наши дни [74].

В настоящее время большой проблемой стали публикации в средствах массовой информации, в которых суициды и суицидальное поведение являются своеобразной «изюминкой», «изысканной» или «благородной» смертью «мужественного человека». Подробно описывается, как можно «красиво уйти из жизни [48, 2-3].

Далеко не каждый подросток, имеющий суицидальное поведение, осуществит свои намерения. Но подросткам с уже существующей суицидальной настроенностью, а также со свойственной им впечатлительностью подобная информация может «помочь» принять роковое решение. Кроме того, такая информация направлена на поощрение суицидального поведения как на способ решения проблем. Широкая и доступная информация о суицидах даже в форме их осуждения может спровоцировать суицидальное поведение у подростков, ранее не задумывавшихся об этом. Учитывая и без того возрастающую актуальность подростковых суицидов, это не может не вызывать тревоги, и, видимо, требуются ограничительные меры на подобную информацию [48, 4-8].

**Таким образом**, выше было рассмотрено:

- Подростковый суицид имеет свою специфику, обусловленную возрастными особенностями. Его психологический смысл - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию.

Существует определенная связь между суицидальным поведением и акцентуациями характера. По данным Е.А. Личко при демонстративном суицидальном поведении большая часть подростков имели истероидный, истероидно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы, меньшая - эпилептоидный и эпилептоидно-истероидный и незначительная часть - другие типы акцентуаций характера. В то же время суицидальные попытки в большинстве случаев совершались лицами с сенситивным и циклоидным типами акцентуаций.

- Основными личностными особенностями суицидентов по мнению А.А. Султанова являются сензитивность, эмоциональная неустойчивость, и возбудимость.

К типам суицидоопасных ситуационных реакций характерных для подросткового возраста, по мнению А.Г. Амбрумовой, Е.М. Вроно относятся реакция депривации, эксплозивная реакция и реакция самоустранения.

## **.3 Организация исследования, краткая характеристика применяемых методик**

Исследование проводилось на базе СОШ №60 г. Чебоксары под руководством школьного и классных руководителей 8, 9 классов.

В исследовании приняли участие 60 учащихся. Возраст учеников от - 13 до 15 лет. Все они добровольно по единой программе проходили психологическое обследование во время после занятий в школе.

После беседы с классными руководителями, школьным психологом и психодиагностики, всем учащимся было предложено пройти курс психопрофилактики суицидального поведения.

Им было предложено пройти диагностику до и после, пройденного курса психопрофилактики.

*I этап. Подготовительный.* Обсуждение темы исследования с научным руководителем. Выбор эмпирической базы исследования. Выбор методов и методик для проведения исследования. Получение разрешения от руководства СОШ №60 г. Чебоксары на проведение исследования.

*II этап. Диагностический.* В исследовании применялись следующие *методы*: беседа, опрос, тестирование, анкетирование, анализ результатов деятельности. Использовались следующие *методики*:

1. Методика диагностики суицидального поведения Любан-Плоцца Б.

. Методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллер

. Методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии Zigmond A.S. и Snaith R.P

. Методика диагностики уровня тревожности Спилбергера-Ханина

. Методика «Шкала депрессии Э. Бека»

*III этап. Психокоррекционный.* На данном этапе была составлена и проведена психокоррекционная программа по профилактике суицидального поведения среди подростков.

**Методика диагностики суицидального поведения Любан-Плоцца Б.**

*Цель:* оценка степени суицидального риска, локализация терапевтических мишений и контроль клинической динамики.

*Описание:* опросник содержит 16 вопросов определяющих характер суицидального поведения. К ним относятся вопросы о самоубийстве, о способах лишения себя жизни, о суицидальных намерениях, о безнадежности ситуации об общенни с родными и друзьями, об увлечениях, о мировззрении и др. [38, 153-154].

**Методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллер**

*Цель:* изучение акцентуаций характера у подростков

*Мы рассматривали:*

- *Меланхолический тип* акцентуации выражается в медлительности реакций, которые отличаются силой и глубиной. Легко уязвим и с трудом переживает нанесенные обиды, замыкается в себе, погружается в собственные переживания и избегает социальных контактов. Тяготеет к пессимизму, а подавленное состояние является нормой. Люди с данным видом акцентуации мнительны и боязливы.

*Гипертимный (сверхактивный) тип* акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении и жизненном тонусе, неудержимой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Люди с гипертимной акцентуацией характера не переносят однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества и ограниченности контактов, безделья. Тем не менее, их отличает энергичность, активная жизненная позиция, коммуникабельность, а хорошее настроение мало зависит от обстановки. Люди с гипертимной акцентуацией легко меняют свои увлечения, любят риск.

При *циклоидном типе* акцентуации характера наблюдается наличие двух фаз - гипертимности и субдепрессии. Они не выражаются резко, обычно кратковременны (1-2 недели) и могут перемежаться длительными перерывами. Человек с циклоидной акцентуацией переживает циклические изменения настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением. При спаде настроения такие люди проявляют повышенную чувствительность к укорам, плохо переносят публичные унижения. Однако они инициативны, жизнерадостны и общительны. Их увлечения носят неустойчивый характер, в период спада проявляется склонность забрасывать дела. Сексуальная жизнь сильно зависит от подъёма и спада их общего состояния. В повышенной, гипертимной фазе такие люди крайне похожи на гипертимов.

*Эмоционально-лабильный тип* акцентуации подразумевает крайне выраженную переменчивость настроения. Люди с лабильной акцентуацией имеют богатую чувственную сферу, они весьма чувствительны к знакам внимания. Слабая сторона проявляется при эмоциональном отвержении со стороны близких людей, утрате близких и разлуке с теми, к кому они привязаны. Такие индивиды демонстрируют общительность, добродушие, искреннюю привязанность и социальную отзывчивость. Интересуются общением, тянутся к своим сверстникам, довольствуются ролью опекаемого.

*Неврастенический тип* характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью. Неврастенические люди склонны к ипохондрии, у них высокая утомляемость при соревновательной деятельности. У них наблюдаются внезапные аффективные вспышки по ничтожному поводу, эмоциональный срыв в случае осознания невыполнимости намеченных планов. Они аккуратны и дисциплинированы.

- Люди с *сенситивным типом* акцентуации весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, робостью, застенчивостью. В подростковом возрасте становятся объектами насмешек. Они легко способны проявлять доброту, спокойствие и взаимопомощь. Их интересы лежат в интеллектуально-эстетической сфере, им важно социальное признание.

*Психастенический тип* определяет склонность к самоанализу и рефлексии. Психастеники часто колеблются при принятии решений и не переносят высоких требований и груза ответственности за себя и других. Они демонстрируют аккуратность и рассудительность, характерной чертой для них является самокритичность и надѐжность. У них ровное настроение без резких перемен.

*Шизоидная акцентуация* характеризуется замкнутостью индивида, его отгороженностью от других людей. Шизоидным людям недостаѐт интуиции и умения сопереживать. Они тяжело устанавливают эмоциональные контакты. Имеют стабильные и постоянные интересы, немногословны. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увлечениями и фантазиями, которые предназначены только для услаждения самого себя. Могут проявлять склонность к употреблению алкоголя, что никогда не сопровождается ощущением эйфории.

- В основе *паранойяльной акцентуации* лежит завышенная оценка своей личности - своих способностей, своих талантов и умений, своей мудрости и понимания всего. Отсюда глубокое убеждение, что все, что они делают, всегда правильно, что думают и говорят - всегда истина, на что претендуют - безусловно, имеют право. Именно эта основа служит для возникновения сверхценных идей. Сверхценные идеи отличаются от бредовых тем, что воспринимаются непосредственным окружением, во всяком случае, его частью, как вполне реальные или возможные и допустимые.

*Эпилептоидный тип* акцентуации характеризуется возбудимостью, напряжённостью и авторитарностью индивида. Человек с данным видом акцентуации склонен к периодам злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, поиску объектов для снятия злости. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм обычно рассматриваются как компенсация собственной инертности. Они не переносят неподчинения себе и материальные потери. Впрочем, они тщательны, внимательны к своему здоровью и пунктуальны. Стремятся к доминированию над сверстниками. В интимно-личностной сфере у них ярко выражается ревность. Часты случаи алкогольного опьянения с выплескиванием гнева и агрессии.

У людей с *истерическим типом* ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. Они слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративному суициду (парасуициду). Для них характерны упорство, инициативность, коммуникатив-ность и активная позиция. Они выбирают наиболее популярные увлечения, которые легко меняют на ходу.

*Неустойчивый тип* акцентуации характера определяет лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность. Данные люди имеют ярко выраженную тягу к развлечениям, праздному времяпрепровождению, безделью. Их идеал - остаться без контроля со стороны и быть предоставленными самим себе. Они общительны, открыты, услужливы. Очень много говорят. Секс для них выступает источником развлечения, сексуальная жизнь начинается рано, чувство любви им зачастую незнакомо. Склонны к потреблению алкоголя и наркотиков.

*Конформный тип* характеризуется конформностью к окружению, такие люди стремятся «думать, как все». Они не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа, лишения привычного окружения. Их восприятие крайне ригидно и сильно ограничено их ожиданиями. Люди с данным типом акцентуации дружелюбны, дисциплинированы и неконфликтны. Их увлечения и сексуальная жизнь определяются социальным окружением. Вредные привычки зависят от отношения к ним в ближайшем социальном круге, на который они ориентируются при формировании своих ценностей [78; 51].

**Методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии Zigmond A.S. и Snaith R.P** (адаптирована - Яхиным К.К., Менделевичем Д.М).

*Цель* выявление и оценка тяжести депрессии и тревоги.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов, обслуживающих две подшкалы: тревога и депрессия.

Состояние *тревоги* проявляется в снижении порога возбуждения по отношению к различным стимулам, в нерешительности, нетерпеливости, непоследовательности действия. Невротическая реакция тревожности как беспокойства за собственное здоровье и за здоровье своих близких в общении с людьми проявляется в том, что человек ведёт себя неуверенно.

*Депрессия* проявляется в невротических реакциях - в ослаблении тонуса жизни и энергии, в снижении фона настроения, суждении и ограничении контактов с окружающими, наличии чувства безрадостности и одиночества.

Каждому пункту соответствует 4 варианта ответов, отражающих степень нарастания симптоматики. Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения испытуемому [24, 314-316].

**Методика диагностики уровня тревожности Спилбергера-Ханина**

*Цель:* дифференцированное измерение тревожности как состояния (ситуационная тревожность - СТ) и как личностного свойства (личностная тревожность - ЛТ). *Мы рассматривали:*

*Тревожность* - это особое эмоциональное состояние субъекта, выражающееся в повышенной эмоциональной напряженности, сопровождающейся страхами, беспокойством, опасениями, препятствующими нормальной деятельности или общению с людьми. Это устойчивое персональное качество, характеризующееся двумя показателями - личностной и ситуационной тревожностью.

*Личностная тревожность -* индивидуальная черта личности человека, отражающая его предрасположенность к эмоциональным отрицательным реакциям на различные жизненные ситуации, несущие в себе угрозу для его «Я» (самооценке, уровню притязаний, отношению к самому себе и т.п.).

*Ситуационная тревожность* - внутреннее, устойчивое состояние тревожности как поведенческая реакция на определенные жизненные ситуации. Такое состояние может быть обусловлено, переговорами с официальными лицами, разговорами по телефону, экзаменационными испытаниями, общением с незнакомыми людьми противоположного пола или возраста и т.п.) [11, 267].

**Методика «Шкала депрессии Э. Бека»**

*«Цель:* определение уровня депрессии.

Мы рассматривали наиболее релевантные и значимые симптомы депрессии: грусть, пессимизм, чувство провала, неудовлетворенность, вина, чувство кары, неприязнь к себе, самообвинения, суицидальные мысли, периоды плача, раздражительность, уход от контактов с другими, нерешительность, искаженный образ тела, застой в работе, нарушение сна, быстрая утомляемость, потеря аппетита, потеря веса, озабоченность соматическими симптомами и утрата либидо. Которые ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии [40, 228-233].

**Таким образом,** для проведения исследования нами были выбраны методики, исследующие суицидальное поведение; степень суицидального риска, локализацию терапевтических мишеней и контроль клинической динамики; аутоидентификацию акцентуаций характера; выявление и оценки тяжести депрессии и тревоги; уровень тревожности; определение уровня депрессии.

**Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод по 2 главе:**

1. Подростковый кризис является самым острым и длительным и это связано с сочетанным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов.

2. Подростковый суицид имеет свою специфику, обусловленную возрастными особенностями. Его психологический смысл - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Так же существует определенная связь между суицидальным поведением и акцентуациями характера. По данным Е.А. Личко при демонстративном суицидальном поведении большая часть подростков имели истероидный, истероидно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы, меньшая - эпилептоидный и эпилептоидно-истероидный и незначительная часть - другие типы акцентуаций характера. В то же время суицидальные попытки в большинстве случаев совершались лицами с сенситивным и циклоидным типами акцентуаций.

# **3. Экспериментальные исследования клинико-психологических особенностей суицидального поведения в подростковом возрасте и психокоррекция суицидального поведения**

# **.1 Результаты исследования клинико-психологических особенностей суицидального поведения в подростковом возрасте**

**Методика диагностики суицидального поведения Любан-Плоцца Б.**

В ходе исследования, было выявлено (См. Рис. 1):



Рис. 1. Распределение учащихся по уровню суицидального риска

Среди 60 учащихся преобладает:

низкий уровень суицидального риска - 58% (35 учеников), что говорит о достаточно низкой вероятности суицидального поведения среди подростков данной группы.

средний - 39% (23 ученика), это говорит о том, что среди подростков данной группы есть вероятность совершения суицидальных попыток.

высокий - 3% (2 ученика), что говорит о высокой вероятности совершения суицидальных попыток среди подростков данной группы в связи, с чем необходимо провести коррекционную программу по профилактике суицидального поведения.

**Таким образом**, по методике было выявлено, что у большинства подростков (58%) низкий уровень суицидального поведения, у (39%) есть вероятность совершения суицидальных попыток. Но, в, то, же время у (3%) высокий уровень суицидального риска, который может привести к суицидальным попыткам.

**Методика аутоидентификации акцентуаций характера Э.Г. Эйдемиллера**

Анализируя эту методику, мы выявили (См. рис. 2):



Рис. 2. Распределение учащихся по типам акцентуаций характера

Среди 60 учащихся преобладают:

- эпилептоидный тип АХ - 27% (16 учеников), что говорит о преобладании данного типа акцентуации среди подростков. При этом данный тип акцентуации характеризуется возбудимостью, напряжѐнностью, авторитарностью, стремлением к доминированию над сверстниками. Периоды злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, непереносимость неподчинения себе могут быть факторами суицидального поведения среди подростков данного типа, особенно если учесть их высокий процент над остальными типами.

- эмоционально-лабильный - 15% (9 учеников), что говорит о высокой распространенности данного типа акцентуации среди подростков. При этом эмоционально-лабильный тип акцентуации подразумевает крайне выраженную переменчивость настроения, чувствительность к знакам внимания. Эмоциональное отвержение родными и друзьями подростков данного типа может привести к повышению суицидального риска и совершению суицидальных попыток.

психастенический - 13% (8 учеников) что говорит среднем уровне распространенности подростков данного типа. Психастенический тип определяет склонность к самоанализу и рефлексии так же характерны колебания при принятии решений и не переносимость высоких требований и груза ответственности за себя и других. При увеличении требований и ответственности у данного типа подростков могут проявиться суицидальные тенденции в связи с чем что психастеники являются к тому же очень самокритичными.

- гипертимный - 10% (6 учеников) что говорит среднем уровне распространенности подростков данного типа. Гипертимный тип акцентуации выражается в постоянном повышенном настроении и жизненном тонусе, неудержимой активности и жажде общения, в тенденции разбрасываться и не доводить начатое до конца. Не переносимость однообразной обстановки, монотонного труда, одиночества, ограниченности контактов и высокая склонность к риску могут быть основными факторами определяющими вероятность суицидального поведения среди подростков данного типа.

- циклоидный - 7% (4 ученика), что говорит низкой распространенности подростков данного типа. При циклоидном типе акцентуации характера наблюдается наличие двух фаз - гипертимности и субдепрессии. Которые не выражаются резко, обычно кратковременны и могут перемежаться длительными перерывами. Человек с циклоидной акцентуацией переживает циклические изменения настроения, когда подавленность сменяется повышенным настроением. При спаде настроения такие люди проявляют повышенную чувствительность к укорам, плохо переносят публичные унижения. Для них характерны депрессивные реакции, порой приводящие к суицидальным попыткам.

истерический - 7% (4 ученика) что говорит о низкой распространенности подростков данного типа. У подростков с истерическим типом ярко выражен эгоцентризм и жажда быть в центре внимания. Они слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративным суицидальным попыткам.

- неустойчивый - 5% (3 ученика), что говорит о низкой распространенности подростков данного типа. Неустойчивый тип акцентуации характера определяет лень, нежелание вести трудовую или учебную деятельность, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. Важнейшей особенностью является слабый волевой компонент личности. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей, долга, достижения целей. Со слабостью волевого компонента и недостаточной инициативностью связана и подчиненность в группе, компании. Возможно совершение суицидальных попыток по примеру.

неврастенический - 5% (3 ученика), что говорит о низкой распространенности подростков данного типа. Неврастенический тип характеризуется повышенной утомляемостью и раздражительностью. Неврастенические подростки склонны к ипохондрии, у них высокая утомляемость при соревновательной деятельности. У них могут наблюдаться внезапные аффективные вспышки по ничтожному поводу, эмоциональный срыв в случае осознания невыполнимости намеченных планов. Возможно аффективное суицидальное поведение.

конформный - 3% (2 ученика), что говорит о низкой распространенности подростков данного типа. Подростки с конформным типом характеризуется конформностью к окружению, стремлением «думать, как все». Их восприятие крайне ригидно и сильно ограничено их ожиданиями. Они не переносят крутых перемен, ломки жизненного стереотипа, лишения привычного окружения. Так же возможно совершение суицидальных попыток по примеру.

- меланхолический - 3% (2 ученика), что говорит о низкой распространенности подростков данного типа.Меланхолический тип акцентуации выражается в медлительности реакций, которые отличаются силой и глубиной. Легко уязвим и с трудом переживает нанесенные обиды, замыкается в себе, погружается в собственные переживания и избегает социальных контактов. Тяготеет к пессимизму, а подавленное состояние является нормой. Депрессивные реакции могут приводить к суицидальному поведению.

сензитивный - 2% (1 ученик), что говорит о низкой распространенности подростков данного типа. Подростки с сенситивным типом акцентуации весьма впечатлительны, характеризуются чувством собственной неполноценности, робостью, застенчивостью. Зачастую становятся объектами насмешек, но им важно социальное признание. Суицидальные тенденции могут возникать у сенситивов под влиянием ряда неудач, что бывает совершенно неожиданно для окружающих, не проникающих в мир их ранимой психики.

паранойяльный тип АХ не выявлен - 0%. что говорит том данный тип акцентуации не свойственен детям подросткового возраста.

**Таким образом**, нами была рассмотрена распространенность различных типов акцентуаций характера среди подростков. Эпилептоидный тип АХ (27%), эмоционально-лабильный (15%), психастенический (13%), гипертимный (10%), циклоидный (7%), истерический (7%), неустойчивый (5%), неврастенический (5%), конформный (3%), меланхолический (3%), сензитивный (2%), паранойяльный тип АХ не выявлен (0%). И влияние акцентуации характера на суицидальное поведение. Факторами суицидального поведения среди подростков эпилептоидного типа, особенно если учесть их высокий процент над остальными типами являются: периоды злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, непереносимость неподчинения себе. Эмоциональное отвержение родными и друзьями подростка эмоционально-лабильного типа может привести к повышению суицидального риска и совершению суицидальных попыток. При увеличении требований и ответственности у психастенического типа могут проявиться суицидальные тенденции, что в свою очередь связано и с повышенной самокритичностью психастеника. Не переносимость одиночества, ограниченности контактов и высокая склонность к риску могут быть основными факторами определяющими вероятность суицидального поведения среди подростков гипертимного типа. Для циклоидного типа характерны депрессивные реакции, порой приводящие к суицидальным попыткам. Подростки истерического типа слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративным суицидальным попыткам. У неустойчивого и конформного типов возможно совершение суицидальных попыток по примеру. Для неврастенического типа характерно аффективное суицидальное поведение. Депрессивные реакции могут приводить меланхолический тип к суицидальному поведению. Суицидальные тенденции могут возникать у сенситивов под влиянием ряда неудач, что бывает совершенно неожиданно для окружающих, не проникающих в мир их ранимой психики.

**Методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии Zigmond A.S. и Snaith R.P**

Анализируя, методику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (См. рис. 3) мы выявили:



Рис. 3. Распределение учащихся по уровню тревоги и депрессии

Среди 60 учащихся

преобладает отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги - 35 учащихся (59%), что говорит об отсутствии тревожного состояния у большинства испытуемых;

и депрессии - 33 учащихся (55%),что говорит об отсутствии депрессивного состояния у большинства испытуемых;

субклинически выраженная тревога - 20 учащихся (33%) что говорит о выраженности тревожного состояния у этих обследуемых;

и депрессия - 25 учащихся (42%), что говорит го выраженности депрессивного состояния у этих обследуемых;

клинически выраженная тревога - 5 учащихся (8%) что говорит о выраженности тревожного состояния у учащихся. При этом при настолько высоком уровне тревоги у учащихся желательно оказание психологической помощи для снижения уровня тревожности.

и депрессия - 2 учащихся (3%) что говорит о выраженности депрессивного состояния у учащихся. При этом при настолько высоком уровне депрессии у учащихся желательно оказание психологической помощи для снижения уровня депрессии.

**Таким образом,** нами было выявлено, что у большинства учащихся отсутствует тревожное (59%) и депрессивное состояние (55%). Но при этом также выявлены учащиеся с субклиническими (33%) и (42%), и даже клиническими уровнями тревоги (8%) и депрессии (3%), которым необходимо оказание психологической помощи по снижению тревоги и депрессии до нормального уровня, особенно если учесть у них наличие устойчивых суицидальных тенденций.

**Методика диагностики уровня тревожности Спилбергера-Ханина**

Из анализа теста видно (См. рис. 4):



Рис. 4. Распределение учащихся по уровням личностной и ситуативной тревожности

Среди 60 учащихся

средний уровень ситуативной - 26 учащихся (43%), что говорит о преобладании учащихся с этим уровнем тревожности, так же отмечено что у этих учащихся проявляются суицидальные мысли; и личностной тревожности - 24 учащихся (40%), что говорит о преобладании учащихся с этим уровнем тревожности, к тому же у этих учащихся также проявляются и суицидальные тенденции.

при низком уровне ситуативной - 12 учащихся (20%) суицидальные мысли у подростков не выражены; и личностной тревожности - 17 учащихся (28%), суицидальные мысли у подростков то же не выражены.

очень высокий уровень ситуативной - 9 учащихся (15%), у этих учащихся выявлена склонность к суицидальным попыткам; и личностной тревожности - 6 учащихся (10%), у этих учащихся так же выявлена склонность к суицидальным попыткам

очень низкий уровень ситуативной тревожности - 1 учащийся (2%), что говорит о незначительном числе учащихся с этим уровнем тревожности, суицидальные мысли у этих учащихся не выявлены; и личностной тревожности - 5 учащихся (8%) что говорит о незначительном числе учащихся с этим уровнем тревожности суицидальные мысли у этих учащихся так же не выявлены.

**Таким образом,** мы выявили что средний уровень ситуативной (43%) и личностной тревожности у (40%), что говорит о преобладании учащихся с этим уровнем тревожности, к тому же у этих учащихся также проявляются и суицидальные тенденции. При низком уровне ситуативной (20%) и личностной тревожности (28%), суицидальные мысли у подростков не выражены.

У учащихся с очень высоким уровнем ситуативной (15%) и личностной тревожности (10%) выявлена склонность к суицидальным попыткам.

Очень низкий уровень ситуативной тревожности у (2%), и личностной тревожности (8%) что говорит о незначительном числе учащихся с этим уровнем тревожности суицидальные мысли у этих учащихся так же не выявлены.

**Методика «Шкала депрессии Э. Бека»**

Анализируя эту методику, можно сказать (См. рис. 5):



Рис. 5. Распределение учащихся по уровню депрессии

Среди 60 учащихся преобладает:

- легкая депрессия (субдепрессия) - 26 учащихся (44%), что говорит преобладании учащихся находящихся в состоянии легкой депрессии, суицидальные мысли им не свойственны.

умеренная депрессия - 20 учащихся (33%), что говорит и о наличии у них и суицидальных тенденций.

отсутствуют депрессивные симптомы - 12 учащихся (20%), что говорит об отсутствии депрессивного состояния и суицидальных переживаний у данных учащихся.

выраженная депрессия (средней тяжести) - 2 учащихся (3%), что говорит о необходимости дополнительного наблюдения, проведения психодиагностических и психокоррекционных мероприятий с этими учащихся в связи с высоким уровнем суицидального риска. Тяжелая депрессия не выявлена.

**Таким образом,** с помощью данной методики было выявлено, что большинство учащихся находятся в состоянии легкой депрессии (44%) и суицидальные мысли им не свойственны. Умеренная депрессия у (33%) учащихся суицидальные тенденции у них так же присутствуют. Отсутствуют депрессивные симптомы у (20%) учащихся, что говорит об отсутствии депрессивного состояния и суицидальных переживаний у данных учащихся. Депрессия средней тяжести отмечена у (3%) учащихся, что говорит о необходимости дополнительного наблюдения, проведения психодиагностических и психокоррекционных мероприятий с этими учащихся в связи с высоким уровнем суицидального риска. Тяжелая депрессия не выявлена.

## **.2 Психокоррекционная программа по профилактике суицидального поведения подростков**

Данная программа направлена на:

 самопознание и осознание подростками их ценности;

 принятие себя подростками;

 повышение уверенности в себе у подростков;

 повышение самооценки в достижении позитивных жизненных целей;

 развитие у подростков навыков управления чувствами;

 осознание подростками ценности их жизни:

 осознание подростками эмоциональных связей со своими друзьями и родственниками;

 осмысление подростками их жизни. Осознание ее связи с жизнями окружающих;

 раскрытие личностных ресурсов для разрешения трудных ситуаций;

 выявление подростками своих истинных целей жизни, наиболее актуальных проблем настоящего, которые могут отразиться на их будущем;

 осознание сложившейся ситуации и определение целей и планов на будущее.

 снятие эмоционального напряжения у подростков;

 создание позитивного настроя на будущее.

**Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод:**

1. У большинства подростков (58%) низкий уровень суицидального поведения, у (39%) есть вероятность совершения суицидальных попыток. Но, в, то, же время у (3%) высокий уровень суицидального риска, который может привести к суицидальным попыткам.

2. Мы рассмотрели распространенность различных типов акцентуаций характера среди подростков и выявили что эпилептоидный тип АХ выражен у (27%), эмоционально-лабильный (15%), психастенический (13%), гипертимный (10%), циклоидный (7%), истерический (7%), неустойчивый (5%), неврастенический (5%), конформный (3%), меланхолический (3%), сензитивный (2%), паранойяльный тип АХ не выявлен (0%). И выявили влияние акцентуации характера на суицидальное поведение. Факторами суицидального поведения среди подростков эпилептоидного типа, особенно если учесть их высокий процент над остальными типами являются: периоды злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, непереносимость неподчинения себе. Эмоциональное отвержение родными и друзьями подростка эмоционально-лабильного типа может привести к повышению суицидального риска и совершению суицидальных попыток. При увеличении требований и ответственности у психастенического типа могут проявиться суицидальные тенденции, что в свою очередь связано и с повышенной самокритичностью психастеника. Не переносимость одиночества, ограниченности контактов и высокая склонность к риску могут быть основными факторами определяющими вероятность суицидального поведения среди подростков гипертимного типа. Для циклоидного типа характерны депрессивные реакции, порой приводящие к суицидальным попыткам. Подростки истерического типа слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративным суицидальным попыткам. У неустойчивого и конформного типов возможно совершение суицидальных попыток по примеру. Для неврастенического типа характерно аффективное суицидальное поведение. Депрессивные реакции могут приводить меланхолический тип к суицидальному поведению. Суицидальные тенденции могут возникать у сенситивов под влиянием ряда неудач, что бывает совершенно неожиданно для окружающих, не проникающих в мир их ранимой психики.

3. У большинства учащихся отсутствует тревожное (59%) и депрессивное состояние (55%). Но при этом также выявлены учащиеся с субклиническими (33%) и (42%), и даже клиническими уровнями тревоги (8%) и депрессии (3%), которым необходимо оказание психологической помощи по снижению тревоги и депрессии до нормального уровня, особенно если учесть у них наличие устойчивых суицидальных тенденций.

. Средний уровень ситуативной у (43%) и личностной тревожности у (40%), что говорит о преобладании учащихся с этим уровнем тревожности, к тому же у этих учащихся также проявляются и суицидальные тенденции. При низком уровне ситуативной (20%) и личностной тревожности (28%), суицидальные мысли у подростков не выражены. У учащихся с очень высоким уровнем ситуативной (15%) и личностной тревожности (10%) выявлена склонность к суицидальным попыткам. Очень низкий уровень ситуативной тревожности у (2%), и личностной тревожности (8%) что говорит о незначительном числе учащихся с этим уровнем тревожности суицидальные мысли у этих учащихся так же не выявлены.

. Так жебыло выявлено, что большинство учащихся находятся в состоянии легкой депрессии (44%) и суицидальные мысли им не свойственны. Умеренная депрессия у (33%) учащихся суицидальные тенденции у них так же присутствуют. Отсутствуют депрессивные симптомы у (20%) учащихся, что говорит об отсутствии депрессивного состояния и суицидальных переживаний у данных учащихся. Депрессия средней тяжести отмечена у (3%) учащихся, что говорит о необходимости дополнительного наблюдения, проведения психодиагностических и психокоррекционных мероприятий с этими учащихся в связи с высоким уровнем суицидального риска. Тяжелая депрессия не выявлена.

6. На основании полученных данных, мы составили и провели коррекционную программу по профилактике суицидального поведения среди подростков

**Заключение**

За последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершенных самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Суицидальные действия и подростков часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием дезадаптации к жизни - фиксированного, негибкого построения человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения. Своевременная психологическая помощь, участливое отношение к подросткам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помогли бы избежать трагедий.

Поэтому в образовательных учреждениях необходимо организовать профилактическую и коррекционную работу по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп - работу, нацеленную на формирование у школьников позитивной жизненной позиции и достижения человеком относительно устойчивого равновесия в отношениях между самим собой, другими людьми и миром в целом.

*В 1 главе* было рассмотрен суицид как действие, преднамеренно направленное на лишение себя жизни, психологический смысл которого заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от психотравмирующей ситуации, в которой человек оказался. К основным концепциям суицидального поведения относятся: психопатологическая, психологическая, социологическая и интегративная. Суицидальные действия являются умышленными и поэтому должны иметь свои цели, мотивы, причины, условия и поводы.

*Во 2 главе* было выявлено, что подростковый кризис является самым острым и длительным и это связано с сочетанным воздействием на подростка целого ряда соматических, психологических и социальных факторов. Подростковый суицид имеет свою специфику, обусловленную возрастными особенностями. Его психологический смысл - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Так же существует определенная связь между суицидальным поведением и акцентуациями характера. Для проведения исследования нами были выбраны методики для подтверждения гипотезы исследования.

В *3 главе* было исследовано, проанализировано и выявлено, что у большинства подростков (58%) низкий уровень суицидального поведения, у (39%) есть вероятность совершения суицидальных попыток. Но, в, то, же время у (3%) высокий уровень суицидального риска, который может привести к суицидальным попыткам. Мы рассмотрели распространенность различных типов акцентуаций характера среди подростков и выявили что эпилептоидный тип АХ выражен у (27%), эмоционально-лабильный (15%), психастенический (13%), гипертимный (10%), циклоидный (7%), истерический (7%), неустойчивый (5%), неврастенический (5%), конформный (3%), меланхолический (3%), сензитивный (2%), паранойяльный тип АХ не выявлен (0%). И выявили влияние акцентуации характера на суицидальное поведение. Факторами суицидального поведения среди подростков эпилептоидного типа, особенно если учесть их высокий процент над остальными типами являются: периоды злобно-тоскливого настроения, раздражения с аффективными взрывами, непереносимость неподчинения себе. Эмоциональное отвержение родными и друзьями подростка эмоционально-лабильного типа может привести к повышению суицидального риска и совершению суицидальных попыток. При увеличении требований и ответственности у психастенического типа могут проявиться суицидальные тенденции, что в свою очередь связано и с повышенной самокритичностью психастеника. Не переносимость одиночества, ограниченности контактов и высокая склонность к риску могут быть основными факторами определяющими вероятность суицидального поведения среди подростков гипертимного типа. Для циклоидного типа характерны депрессивные реакции, порой приводящие к суицидальным попыткам. Подростки истерического типа слабо переносят удары по эгоцентризму, испытывают боязнь разоблачения и боязнь быть осмеянными, а также склонны к демонстративным суицидальным попыткам. У неустойчивого и конформного типов возможно совершение суицидальных попыток по примеру. Для неврастенического типа характерно аффективное суицидальное поведение. Депрессивные реакции могут приводить меланхолический тип к суицидальному поведению. Суицидальные тенденции могут возникать у сенситивов под влиянием ряда неудач, что бывает совершенно неожиданно для окружающих, не проникающих в мир их ранимой психики.

У большинства учащихся отсутствует тревожное (59%) и депрессивное состояние (55%). Но при этом также выявлены учащиеся с субклиническими (33%) и (42%), и даже клиническими уровнями тревоги (8%) и депрессии (3%), которым необходимо оказание психологической помощи по снижению тревоги и депрессии до нормального уровня, особенно если учесть у них наличие устойчивых суицидальных тенденций.

Средний уровень ситуативной у (43%) и личностной тревожности у (40%), что говорит о преобладании учащихся с этим уровнем тревожности, к тому же у этих учащихся также проявляются и суицидальные тенденции. При низком уровне ситуативной (20%) и личностной тревожности (28%), суицидальные мысли у подростков не выражены. У учащихся с очень высоким уровнем ситуативной (15%) и личностной тревожности (10%) выявлена склонность к суицидальным попыткам. Очень низкий уровень ситуативной тревожности у (2%), и личностной тревожности (8%) что говорит о незначительном числе учащихся с этим уровнем тревожности суицидальные мысли у этих учащихся так же не выявлены.

Так жебыло выявлено, что большинство учащихся находятся в состоянии легкой депрессии (44%) и суицидальные мысли им не свойственны. Умеренная депрессия у (33%) учащихся суицидальные тенденции у них так же присутствуют. Отсутствуют депрессивные симптомы у (20%) учащихся, что говорит об отсутствии депрессивного состояния и суицидальных переживаний у данных учащихся. Депрессия средней тяжести отмечена у (3%) учащихся, что говорит о необходимости дополнительного наблюдения, проведения психодиагностических и психокоррекционных мероприятий с этими учащихся в связи с высоким уровнем суицидального риска. Тяжелая депрессия не выявлена.

На основании полученных данных, мы составили и провели коррекционную программу по профилактике суицидального поведения среди подростков В результате чего, гипотеза нашего исследования: «Акцентуации характера и эмоциональные состояния, такие как тревога и депрессия влияют на возникновение суицидального поведения в подростковом возрасте», была подтверждена. На основании этого были сделаны выводы и даны рекомендации.

# **Рекомендации по предотвращению суицида у подростков**

Рекомендации для родителей «Как не допустить суицид у подростка»

*1. Что в поведении подростка должно насторожить родителей?*

 Ребенок прямо или косвенно говорит о желании умереть или убить себя или о нежелании продолжать жизнь. Разговоры о нежелании жить - попытка привлечь ваше внимание к себе и своим проблемам. Бытует миф, что если человек говорит об **этом**, то значит, **этого** не сделает. Однако это не так! Отчаявшийся подросток, на которого не обращают внимания, вполне может довести свое намерение до конца.

 Рискованное поведение, в котором высока вероятность причинения вреда своей жизни и здоровью.

 Резкое изменение поведения. Например, стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, начал раздаривать дорогие ему вещи, теряет интерес к тому, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей.

 У подростка длительное время подавленное настроение, пониженный эмоциональный фон, раздражительность.

 Наличие примера суицида в ближайшем окружении, а также среди значимых взрослых или сверстников.

*2. Опасные ситуации, на которые надо обратить особое внимание*

 Ссора или острый конфликт со значимыми взрослыми.

 Несчастная любовь или разрыв романтических отношений.

 Отвержение сверстников, травля (в том числе в социальных сетях).

 Объективно тяжелая жизненная ситуация (потеря близкого человека, резкое общественное отвержение, тяжелое заболевание).

 Личная неудача подростка на фоне высокой значимости и ценности социального успеха (особенно в семье).

 Нестабильная семейная ситуация (развод родителей, конфликты, ситуации насилия).

 Резкое изменение социального окружения (например, в результате смены места жительства).

*3. Что делать родителям, если они обнаружили опасность?*

 Если вы увидели хотя бы один из перечисленных выше признаков - это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание своему подростку и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию. Даже, если ваш сын или дочь отказываются от помощи, уделяйте ему больше внимания, чем обычно.

 Обратитесь к специалисту самостоятельно или с ребенком.

*4. Что могут сделать родители, чтобы не допустить попыток суицида*

 *Сохраняйте контакт со своим ребенком.*Важно постоянно общаться с подростком, несмотря на растущую в этом возрасте потребность в отделении от родителей.

*Для этого:*

*расспрашивайте и говорите с ребенком* о его жизни, уважительно относитесь к тому, что кажется ему важным и значимым.

придя домой после работы, *не начинайте общение с претензий*, даже если ребенок что-то сделал не так. Проявите к нему интерес, обсуждайте его ежедневные дела, задавайте вопросы. Замечание, сделанное с порога, и замечание, сделанное в контексте заинтересованного общения, будут звучать по-разному!

помните, что *авторитарный стиль воспитания для подростков неэффективен* и даже опасен. Чрезмерные запреты, ограничения свободы и наказания могут спровоцировать у подростка ответную агрессию или аутоагрессию (то есть, агрессию, направленную на себя). В подростковом возрасте предпочтительной формой воспитания является заключение договоренностей. Если запрет необходим, не пожалейте времени на объяснение целесообразности запрета. Если же ребенок продолжает протестовать, то постарайтесь вместе найти решение, устраивающее и вас, и его.

 *Говорите о перспективах в жизни и будущем.*У подростков еще только формируется картина будущего, они видят или совсем отдаленное будущее, либо текущий момент. Узнайте, что ваш ребенок хочет, как он намерен добиваться поставленной цели, помогите ему составить конкретный (и реалистичный) план действий.

 *Говорите с ребенком на серьезные темы: что такое жизнь? в чем смысл жизни? Что такое дружба, любовь, смерть, предательство?*Эти темы очень волнуют подростков, они ищут собственное понимание того, что в жизни ценно и важно. Говорите о том, что ценно в жизни для вас. Не бойтесь делиться собственным *опытом, собственными размышлениями. Задушевная беседа на равных всегда лучше, чем «чтение лекций», родительские монологи о том,* что правильно, а что неправильно. Если избегать разговоров на сложные темы с подростком, он все равно продолжит искать ответы на стороне (например, в интернете), где информация может оказаться не только недостоверной, но и небезопасной.

 *Сделайте все, чтобы ребенок понял: сама по себе жизнь - эта та ценность, ради которой стоит жить.*Если ценность социального успеха, хороших оценок, карьеры доминирует, то ценность жизни самой по себе, независимо от этих вещей, становится не столь очевидной. Важно научить ребенка получать удовольствие от простых и доступных вещей в жизни: природы, общения с людьми, познания мира, движения. Лучший способ привить любовь к жизни - ваш собственный пример. Ваше позитивное мироощущение обязательно передастся ребенку и поможет ему справляться с неизбежно возникающими трудностями.

 *Дайте понять ребенку, что опыт поражения также важен, как и опыт в достижении успеха.* Рассказывайте чаще о том, как вам приходилось преодолевать те или иные трудности. Конструктивно пережитый опыт неудачи делает человека более уверенным в собственных силах и устойчивым. И наоборот: привычка к успехам порою приводит к тому, что человек начинает очень болезненно переживать неизбежные неудачи.

 *Проявите любовь и заботу, разберитесь, что стоит за внешней грубостью ребенка.*Подросток делает вид, что вы совсем не нужны ему, он может обесценивать проявления заботы и нежности к нему. Тем не менее, ему очень важны ваша любовь, внимание, забота, поддержка. Надо лишь выбрать приемлемые для этого возраста формы их проявления.

 *Найдите баланс между свободой и несвободой ребенка.* Современные родители стараются раньше и быстрее отпускать своих детей «на волю», передавая им ответственность за их жизнь и здоровье. Этот процесс не должен быть одномоментным и резким. Предоставляя свободу, важно понимать, что подросток еще не умеет с ней обходиться и что свобода может им пониматься как вседозволенность. Родителю важно распознавать ситуации, в которых ребенку уже можно предоставить самостоятельность, а в которых он еще нуждается в помощи и руководстве.

 *Вовремя обратитесь к специалисту*, если поймете, что вам по каким-то причинам не удалось сохранить контакт с ребенком.В индивидуальной или семейной работе с психологом вы освоите необходимые навыки, которые помогут вам вернуть тепло, доверие и мир в отношениях с ребенком.

Рекомендации для учителей и классных руководителей как не допустить суицид у подростка

*1. Что в поведении подростка должно насторожить учителя?*

 Резкое снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам.

 У подростка длительное время подавленное настроение, пониженный эмоциональный фон, раздражительность.

 Резкое изменение поведения. Например, подросток стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, начал раздаривать дорогие ему вещи, теряет интерес к тому, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей.

 Наличие примера суицида в ближайшем окружении, а также среди значимых взрослых или сверстников.

 Ребенок прямо или косвенно говорит о желании умереть или убить себя или о нежелании продолжать жизнь. Разговоры о нежелании жить - попытка привлечь внимание взрослого к себе и своим проблемам. Бытует миф, что если человек говорит об этом, то значит, этого не сделает. Однако это не так! Отчаявшийся подросток, на которого не обращают внимания, вполне может довести свое намерение до конца.

 Рискованное поведение, в котором высока вероятность причинения вреда своей жизни и здоровью.

*2. Опасные ситуации, на которые надо обратить особое внимание*

 Отвержение сверстников, травля (в том числе в социальных сетях).

 Ссора или острый конфликт со значимыми взрослыми.

 Несчастная любовь или разрыв романтических отношений.

 Объективно тяжелая жизненная ситуация (потеря близкого человека, резкое общественное отвержение, тяжелое заболевание).

 Личная неудача подростка на фоне высокой значимости и ценности социального успеха.

 Резкое изменение социального окружения (например, в результате смены места жительства).

 Нестабильная семейная ситуация (развод родителей, конфликты, ситуации насилия).

*3. Что делать учителю, если он обнаружил опасность*

 Если вы увидели хоть один из перечисленных признаков - это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание ученику и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию. Не проходите мимо!

 Обратитесь к школьному психологу или к другим специалистам за помощью.

 Если вы классный руководитель, свяжитесь с родителями ребенка и поделитесь своими наблюдениями.

*4. Что может сделать учитель, чтобы не допустить попыток суицида*

 Сохранять контакт с подростком. Для этого следует помнить, что авторитарный стиль взаимодействия для подростков неэффективен и даже опасен. Чрезмерные запреты, ограничения свободы и наказания могут спровоцировать у подростка ответную агрессию или аутоагрессию (то есть, агрессию, обращенную на себя). В подростковом возрасте предпочтительной формой взаимодействия является заключение договоренностей. Если ограничение необходимо, не стоит жалеть времени на объяснение его целесообразности.

 Способствовать созданию дружеской поддерживающей атмосферы в классе, ориентировать учеников на совместную деятельность и сотрудничество.

 Обращать внимание на ситуации, когда один или несколько учеников становятся объектами нападок со стороны других. Поговорите с участниками конфликтов таким образом, чтобы был услышан каждый, оставайтесь нейтральным, не занимая сторону кого-либо из участников конфликта.

 Если вы классный руководитель, инициируйте работу школьного психолога с классом. Если в школе есть действующая «Школьная служба примирения» - передайте им эту ситуацию для ее разрешения.

 Классный час используйте как место и время поговорить о перспективах в жизни и будущем. У подростков еще только формируется картина будущего, они видят или совсем отдаленное будущее, либо текущий момент. Узнайте, что хотят ученики, как намерены добиваться поставленных целей, помогите им составить план конкретных (и реалистичных) действий. Важно поддерживать диалог с подростками, оставлять возможность контакта, чтобы при необходимости ученик мог обратиться к вам в трудной жизненной ситуации.

 Дать понять ученику, что опыт ошибок и неудач - такой же важный опыт, как и достижение успеха. Используйте ошибки ученика как зону его роста. Обучение на ошибках является одним из способов развития личности. Помните о том, что есть оценки, а есть то, что шире - личность ученика. Помогите ученикам найти сферы, где они успешны, независимо от оценок.

 Понять, что стоит за внешней грубостью подростка. Возможно, подросток отстаивает свои ценности, а не стремится войти в конфликт и обесценить вас.

 Вовремя обратиться к специалисту, если вы понимаете, что у вас по каким-то причинам не получается сохранить контакт с учеником или классом.

**Список литературы**

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М., 1993.

2. Азарова, Л.А. Психология девиантного поведения: учеб.-метод. комплекс / Л.А. Азарова, В.А. Сятковский. - Минск: ГИУСТ БГУ, 2009. - 164 с.

. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации // актуальные вопросы суицидологи. М., 1978

. Амбрумова А.Г. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологи. М., 1983

. Амбрумова А.Г. Социально-психологическая дезадаптация и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. №4. - с. 91-102.

. Амбрумова А.Г., Ворно Е.М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журнал неврапотологии и психиатрии им. И.С. Корсакова. 1985, №10 - с. 1557-1560

. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. Л., 1991

. Амбрумова АГ. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. трудов. / Отв. ред. В.В. Ковалев. М.: Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1983. с. 7-20.

. Амбрумова АГ. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. трудов. Московского НИИ психиатрии МЗРСФСР. М., 1986. С

. Ахте К.А. Психопатология самоубийств и покушений на самоубийство // Самоубийства и покушения на самоубийства среди молодежи. Копенгаген: ВОЗ, 1977 - с. 22-27.

. Батаршев А.В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004 - 320 с.

. Бек А., Раш А. и др. Когнитивная психотерапия депрессий. - СПб, 2003

. Белинская Е.П. Я - концепция и ценностные ориентации старших подростков в условиях быстрых социальных изменений // Вестник МГУ, серия №14, №4, 1997.

. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция. 2-е изд. СПб.: Питер, 2003

. Бойко В.В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь. - СПб.: Союз, 2002. - 160 с.

. Вассерман Д. Суицид - напрасная смерть. - Великобритания, 2001. Пер. С англ. Елена Ройне, Таллин. - 312 с.

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

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

. Драгунова Т.В. Некоторые общие вопросы изучения личности подростка. «Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении», М., 1968.

. Дюркгейм Э. Самоубийство // Суицид. Хрестоматия по суицидологии. Киев: А.Л. - Д., 1996.

. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. - СПб. Речь, 2005. - 436 с.

. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М.: Издательский центр «Академия», 2004. - 288 с.

. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. - СПб.: Речь, 2006. - 144 с.

. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. - М.: Академия, 2006. - 320 с

25. Каплина Е.В., Зверева Н.В. Суициды в детско-подростковом возрасте: Анализ проблемы и попытка психологического исследования Факультет психологии МГУ им. М.И. Ломоносова, НЦ психического здоровья РАМН (Москва). // ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. - 2004 (4), - №1. - с. 12 - 18

. Каубиш В.К., А.В. Бруг А.В. Клинико-психологические особенности подростков с многократными суицидальными попытками. Пособие для врачей. - СПб, СПбНИПИ им. В.М. Бехтерева, 2007

. Клее М. Психология подростка. - М.: Просвещение, 2010. - 314 с.

. Козлов А.Б. Суицидологическая служба в Чувашской Республике. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2005. - №1 - с. 68 - 81

. Кон И.С. Психология ранней юности. - М., 1989.

. Кон И.С. В поисках себя: Личность и ее самосознание. - М.: Политиздат, 1984 г.

. Кон И.С. Открытие «Я». М., Политиздат, 1978 г.

. Кондратенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологический и психиатрический аспекты. Минск: Беларусь, 1988.

. Кондратьев М.Ю. Особенности психосоциального развития подростков // Вопросы психологии, №3, 1997.

. Кулагина И.Ю. Возрастная психология: развитие ребенка от рождения до 17 лет / Ун-т Рос. акад. Образования - 5-е изд. - М.: Изд-во УРАО, 1999.

35. Курпатов А.В., Полетаева О.О. Кризисная и суицидологическая служба: состояние и перспективы развития. // III Клинические Павловские чтения: «Депрессия». Сборник работ. Выпуск третий. - СПб.: Издательство «Человек», 2001 - с. 42 - 44.

. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983

. Ложкин. А.И. Психология поведения девиантной личности: Учебно-методическое пособие (Практическое руководство). - Екатеринбург: Издательство Уральского юридического института МВД России, 2002. - 110 с.

. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приёме у врача. - СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. - 245 с.

. Макартычева Г.И. Коррекция девиантного поведения. Тренинги для подростков и их родителей. - СПб.: Речь, 2007. - Зб8 с.

. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. - М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 960 с. - (Справочник практического психолога).

. Мей Р. Искусство психологического консультирования. М.: Класс, 1999

. Менделевич Медицинская и клиническая психология с 318

. Меннингер К. Война с самим собой: Пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 2005. - 468 с.

. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Редакция, послесловие и примечания Э.А. Асратяна - М.: Наука, 1973. - (Классики науки)

. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: [электронный ресурс] учеб. пособие. - 2-е изд., стереотип.: Флинта; Москва; 2011 - 189 с.

. Поливанова К.Н. Психологическое содержание подросткового возраста // Вопросы психологии, №1, 1996.

. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддитивное суицидальное поведение подростков. Обозр. психиатрии и мед. психологии. 2005

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

. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие.-Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. - 672 с.

. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В 2 кн. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Гума-нит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. - Кн. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. - 384с: ил.

. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. / Пер. с англ. М., 1994

. Сакович Н.А. Диалоги на Аидовом пороге. Сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков. - М.: Генезис, 2012. - 288 с. - (Сказкотерапия: теория и практика).

. Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. СПб.: Ювента; М.: КСП+, 1999

. Семеник Д.Г., Хасьминский М.И. Самоубийство: ошибка или выход? - Минск: Издательство Белорусского Экзархата Русской Православной Церкви, 2012 - 305с - (Компас для души).

. Сидоров П.И., Парников А.В. Введение в клиническую психологию: Т. II.: Учебник для студентов медицинских вузов. - М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 381 с. - (Библиотека психологии, психоанализа, психотерапии)

. Синягин Ю.В. Детский суицид: психологический взляд. - СПб.: КАРО, 2006. - 176 с.

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

. Тимченко И.В. и соавт. Опыт работы многопрофильной бригады с подростками, совершившими суицидальные действия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2004. - №3. - с. 40.

. Титова Н.М. Клиническая психология. Конспект лекций - М.: Приор-издат, 2006. 112 с.

. Фарбер М.Л. Теория о самоубийстве. Нью-Йорк, 1968 год. - с. 8 - 35.

. Фельдштейн Д.И. Трудный подросток. Душанбе, 1972.

. Фиккер Ф. Значение медикаментозной интоксикации при суицидальных действиях в детском и подростковом возрасте. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1978

. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990

. Фрейд З. По ту сторону принципа наслаждения // З. Фрейд. Избранное. Кн. 1. М.: Московский рабочий, 1990

. Холингер П.С., Оффер Д. Прогнозирование подростковых самоубийств: популяционная модель // Американский журнал психиатрии. 1982 года. Том 139. №3. - с. 302-307.

. Хомич А.В. «Психология девиантного поведения» Учебное пособие Южно-Российский Гуманитарный Институт Ростов-на-Дону - 2006

68. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993

. Чомарян Э.А. Особенности суицидального поведения в сочетании с другими видами девиаций у подростков // Научные и организационные проблемы суицидологи. М., 1983

. Шелехов И. Л, Каштанова Т.В., Корнетов А.Н., Толстолес Е.С. Суицидология: учебное пособие / И. Л Шелехов, Т.В. Каштанова, А.Н. Корнетов, Е.С. Толстолес - Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2011. - 203 с.

. Шнейдман Э. Душа самоубийцы, М.: Смысл, 2001

. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. - СПб.: Речь, 2002. - 136 с.

. Юнг К. Архетип и символ М., 1991

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

75. http://pritchi.ru/id\_333

76. http://www.pobedish.ru/main/story? id=55#ixzz2IbmuF2xp

. http://www.psihiatr.med.cap.ru/Page.aspx? id=581504

78. www.metodi4ka.com