



Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ)
Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова
(Инновационный институт последипломного образования)

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ
РАБОТНИКОВ ШКОЛ**

Одесса - 2004

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РАБОТНИКОВ ШКОЛ

Настоящий документ входит в серию руководств, предназначенных для определенных социальных и профессиональных групп, имеющих непосредственное отношение к превенции самоубийств

Этот документ был подготовлен в качестве составной части программы SUPRE – всемирной инициативы ВОЗ по суицидальной превенции

Ключевые слова: самоубийства/превенция/ресурсы/учителя школ

Психические и поведенческие расстройства
Отдел психического здоровья
Всемирной Организации Здравоохранения

Женева
2000

Опубликовано Всемирной Организацией Здравоохранения в 2000 году под заголовком “Preventing suicide: A resource for teachers and other school staff” (WHO/MNH/MBD/00/2)

Генеральный Директор ВОЗ предоставил все права на издание на русском языке Одесскому Национальному Университету им. И.И. Мечникова, который несет всю ответственность за перевод

Данное руководство подготовлено к изданию на русском языке сотрудниками кафедры клинической психологии Инновационного института последипломного образования Одесского Национального Университета им. И.И. Мечникова в соответствии с соглашением с ВОЗ о делегировании авторских прав на перевод

Руководство издано в рамках образовательного проекта общественной организации «Экологическое здоровье человека» при финансовой поддержке Шведского Национального Центра исследований и предупреждения суицидов и Шведского Восточно-европейского Комитета

Перевод: к.м.н. Донец О.Ю.

Редакция: д.м.н., проф. Розанов В.А., к.м.н. доц. Моховиков А.Н.

© Всемирная Организация Здравоохранения, 2000

© Перевод – Одесский Национальный Университет им И.И.Мечникова, 2004

Настоящий документ не является формальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения, все авторские права принадлежат ВОЗ. Вместе с тем, документ подлежит свободному включению в обзоры, реферированию, воспроизведению и переводу, целиком или по частям, но не для продажи в коммерческих целях.

Авторы данного руководства несут полную ответственность за его содержание

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	стр. 5
Профилактика самоубийств. Руководство для учителей и других работников школ.....	7
Проблема, значение которой недооценивается	8
Защитные факторы	9
Факторы и ситуации риска	9
Как выявить стресс и суицидальный риск у учащихся	15
Как вести себя с суицидальными учащимися в школе	16
Заключительные рекомендации.....	21
Список литературы	23

ПРЕДИСЛОВИЕ

Самоубийство представляет собой сложное явление, в течение многих столетий привлекающее к себе внимание философов, теологов, врачей, социологов и людей искусства; по мнению французского философа Альберта Камю, высказанному в его сочинении «*Миф о Сизифе*», самоубийство является единственной по-настоящему серьезной философской проблемой.

Самоубийство требует нашего внимания, поскольку является серьезной проблемой общественного здоровья, однако его превенция, к сожалению, представляет собой весьма нелегкую задачу. На основании существующих объективных данных можно сказать, что превенция самоубийств возможна, однако для ее осуществления необходим довольно широкий диапазон мер, начиная с обеспечения как можно лучших условий воспитания детей и юношества, включающих эффективное лечение психических нарушений, а также контроль факторов риска, обусловленных окружающей средой. Необходимым условием успеха программ суицидальной превенции является постоянное повышение образовательного уровня лиц, профессионально вовлеченных в этот процесс и уровня осознания значимости проблемы широкими слоями населения.

В 1999 году ВОЗ приступила к осуществлению программы SUPRE – всемирной инициативы по превенции самоубийств. Настоящая брошюра входит в серию руководств, подготовленных в рамках этой программы и адресованных соответствующим социальным и профессиональным группам, имеющим отношение к превенции самоубийств. Она является одним из звеньев системы, в которой участвует множество лиц и групп, в том числе, работники системы здравоохранения, образования, социальные службы, государственные и законодательные органы, органы охраны правопорядка, а также отдельные семьи и сообщества.

Мы прежде всего обязаны профессору психиатрии и суицидологии Дануте Вассерман и д-ру Вероник Нарбони из Шведского национального и Стокгольмского регионального Центров исследования самоубийств и превенции расстройств психического здоровья, сотрудничающих с ВОЗ, которые подготовили первую версию настоящей брошюры. Впоследствии ее переработали специалисты Международной сети превенции самоубийств ВОЗ, которым мы выражаем благодарность:

д-ру Аннетте Ботро , Школа медицины Крайстчерч, Крайстчерч, Новая Зеландия;

проф. Ричарду Рэмсею-, Университет Калгари, Калгари, Канада;

проф. Жан-Пьеру Субрийе-, больница Кошин-, Париж, Франция;

д-ру Шутао Жай—, Медицинский университет Нанкина, неврологический госпиталь, Нанкин, Китай.

Мы также считаем своим долгом поблагодарить следующих экспертов за их вклад:

проф. Бритту Алин-Акерман—, отдел образования, Стокгольмский университет, Стокгольм, Швеция;

проф. Алана Аптера-, психиатрическая больница Геха, Петах Тиква-, Израиль;

проф. Дэйвида Brenta-, Западный психиатрический инст. и клиника, Питтсбург, США

д-ра Пола Коркорана-, Нац. фонд исследований самоубийств, Корк, Ирландия;

д-ра Агнес Хултен-, Шведский национальный и Стокгольмский региональный Центр исследования самоубийств и превенции нарушений психического здоровья, Стокгольм, Швеция;

д-ра Маргарет Келлехер-, Нац. фонд исследований самоубийств, Корк, Ирландия;

проф. Франсуа Ладам-, отделение для подростков и юношей-, Женевский университет, Женева, Швейцария;

д-ра Гунилли Люнган—, детская и подростковая психиатрическая клиника, Центральная больница Вастерас, Вастерас, Швеция;

д-ра Гунилли Олссон-, отделение детской и подростковой психиатрии, Упсальский университет, Упсала, Швеция;

проф. Израэля Орбаха-, Университет Бар-Илан, Рамат-Ган-, Израиль;

проф. Ксавье Ромморо-, Центр Абади-, Бордо, Франция;

л-ра Ингу-Лилл Рамберг—, Шведский национальный и Стокгольмский региональный Центр исследования самоубийства и превенции нарушений психического здоровья, Стокгольм, Швеция;

проф. Пер-Андерса Риделиуса—, отдел детской и подростковой психиатрии, Каролинский институт, Стокгольм, Швеция;

проф. Дэйвида Шаффера-, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США;

проф. Мартину Томори—, Люблянский университет, Любляна, Словения;

проф. Сэма Тиано-, психиатрическая больница Геха, Петах Тиква—, Израиль;

проф. Киса ван Херингена—, отдел исследования самоубийств, психиатрическое отделение, Университетская больница, Гент, Бельгия;

проф. Анне-Лиз фон Кнорринг-, отдел детской и подростковой психиатрии, Упсальский университет, Упсала, Швеция;

проф. Мирну Вейссман—, отдел детской психиатрии, Колумбийский университет, Нью-Йорк, США

Наша цель состоит в максимально широком распространении этих брошюр. Мы надеемся, что найдутся желающие перевести и адаптировать их к местным условиям - это является важной предпосылкой их эффективности. Руководство ВОЗ приветствует любые комментарии и обращения за разрешением на перевод и адаптацию.

Д-р Ж.М.Бертолоте—,

Координатор,

подразделение психических и поведенческих расстройств

Отдела психического здоровья ВОЗ

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РАБОТНИКОВ ШКОЛ

Во всем мире самоубийство входит в пятерку наиболее распространенных причин смерти в возрастной группе лиц 15-19 лет. Во многих странах оно выходит на первое или второе место в качестве причины смерти юношей и девушек этого возраста.

В связи с этим превенция самоубийств среди детей и подростков является приоритетной задачей. Учитывая тот факт, что во многих странах и регионах большинство населения этой возрастной группы посещают школы, школа является тем учреждением, где следует разрабатывать и воплощать соответствующие превентивные мероприятия.

Настоящее руководство предназначено, в первую очередь, для учителей и других работников школ, таких как школьные психологи-консультанты, врачи, медицинские сестры и социальные работники, а также члены школьных попечительских советов. Вместе с тем, работники системы здравоохранения и представители других групп, занимающихся разработкой программ суицидальной превенции, вероятно, также найдут представленную здесь информацию полезной. В брошюре кратко описана распространенность суицидального поведения в подростковом возрасте, приведены основные факторы защиты и риска, описаны способы выявления групп риска и работы с ними, а также, действия, которые следует предпринимать в случае совершения суицидальной попытки и самоубийства в школьном коллективе.

В настоящее время самоубийства среди детей в возрасте до 15 лет, в основном, являются редким явлением. Самоубийства лиц моложе 14 лет, в большинстве случаев, совершаются в раннем подростковом возрасте, еще реже наблюдаются подобные поступки у детей младше 12 лет. Однако, в некоторых странах отмечается вызывающее тревогу повышение частоты самоубийства детей в возрасте до 15 лет, равно как и в возрастной группе от 15 до 19 лет.

Методы самоубийств среди подростков различаются в разных странах. Например, в некоторых странах распространенным методом является отравление пестицидами, в других – интоксикация медикаментами, выхлопными газами автомобилей или использование огнестрельного оружия. Мальчики совершают самоубийства намного чаще, чем девочки; одной из причин этого является то, что они чаще, чем девочки, прибегают к насильственным методам, таким как повешение, применение огнестрельного оружия или взрывчатых веществ. В то же время, в некоторых странах частота суицидов среди девушек 15-19 лет превышает этот показатель у сверстников-юношей, кроме того, в течение последних десятилетий возросло количество девушек, прибегающих к насильственным методам.

Лучшим из всех возможных подходов суицидальной превенции, осуществляемым на базе школ, является командная работа, проводимая совместно учителями, школьными врачами и медицинскими сестрами, школьными психологами и социальными работниками в тесном сотрудничестве с соответствующими местными службами.

Периодическое появление суицидальных мыслей не следует считать патологией. В детстве и подростковом возрасте они являются частью нормального процесса

развития, особенно, если подростки сталкиваются с решением экзистенциальных проблем; когда появляются попытки понять смысл жизни, часто возникают мысли о смерти. Как показывают результаты опросов, более половины учащихся старших классов средней школы признают, что у них время от времени возникают мысли о самоубийстве (1). Подростки нуждаются в том, чтобы иметь возможность обсудить эти вопросы с взрослыми (2).

Суицидальные мысли у детей и подростков приобретают патологический характер, если реализация этих мыслей кажется им единственным выходом из трудных ситуаций. В этих случаях возникает серьезный риск суицидальных попыток и самоубийства.

ПРОБЛЕМА, ВАЖНОСТЬ КОТОРОЙ НЕДООЦЕНИВАЕТСЯ

В некоторых случаях невозможно установить, являлась ли смерть, например, в результате автомобильной аварии, утопления, падения с высоты или передозировки наркотических веществ, случайной или преднамеренной(3). Частота суицидального поведения среди подростков, по-видимому, недооценивается, так как множество подобных смертей классифицируются как непреднамеренные или случайные.

При посмертном анализе состава подростков, погибших насильственной смертью, выясняется, что они не являются гомогенной группой. У них обнаруживаются трудно различимые проявления аутодеструктивных тенденций и склонности к риску (4), их смерть часто обусловлена непреднамеренными действиями, но порой она является следствием преднамеренных поступков, совершаемыми под влиянием боли и страданий.

Кроме того, то, что подростки понимают под суицидальными попытками, отличается от определения, используемого психиатрами. Результаты самоотчетов выявляют почти вдвое большее число суицидальных попыток, чем психиатрические интервью. Наиболее вероятная причина расхождения состоит в том, что молодые люди, заполнявшие анонимные анкеты, использовали более широкие определения суицидальных попыток по сравнению с критериями, которые применяют профессионалы. Более того, только 50% подростков, сообщавших о совершении суицидальных попыток, впоследствии обращались за медицинской помощью. Поэтому статистика госпитализаций после суицидальных попыток не является достоверным показателем распространенности этой проблемы среди населения.

Как уже говорилось, мальчики-подростки совершают самоубийства чаще, чем девочки. Однако частота суицидальных попыток у девочек вдвое или втрое больше в сравнении с мальчиками. Хотя девочки чаще страдают депрессией, им бывает легче поделиться своими проблемами и обратиться за помощью, что, вероятно, помогает предотвращению суицидальных действий со смертельным исходом. Юноши чаще бывают более агрессивными и импульсивными, а также нередко совершают поступки под воздействием алкоголя или наркотиков, что увеличивает вероятность фатального исхода.

ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ

Защиту от суицидального поведения обеспечивают следующие основные факторы:

Характеристики семьи:

- хорошие, сердечные отношения между членами семьи;
- поддержка со стороны семьи.

Когнитивный стиль и личностные защитные факторы:

- хорошие социальные навыки (умение общаться со сверстниками и взрослыми);
- уверенность в себе, в своих силах, убежденность в способности достижения жизненных целей;
- умение обращаться за помощью при возникновении трудностей, например в учебе;
- стремление посоветоваться [ее](#) взрослыми при необходимости принятия важных решений;
- открытость к мнению и опыту других людей;
- открытость ко всему новому, способность к усвоению новых знаний.

Культуральные и социально-демографические факторы:

- социальная интеграция (участие в общественной жизни, например, в спортивных мероприятиях, членство в обществах, клубах и т.д.);
- хорошие, ровные отношения с товарищами по школе;
- хорошие отношения с учителями и другими взрослыми;
- поддержка со стороны близких людей.

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ РИСКА

Установлено, что при определенных обстоятельствах суицидальное поведение в одних семьях возникает чаще, чем в других, вследствие генетической предрасположенности и воздействия внешних факторов среды. Исследования показывают, что описанные ниже факторы и ситуации часто связаны с суицидальными попытками и самоубийством детей и подростков, однако не следует забывать, что в каждом конкретном случае присутствие всех этих факторов не обязательно.

Следует также помнить, что описанные ниже факторы риска и ситуации риска обладают отличительными чертами в разных странах, на разных континентах и даже в

соседних государствах в зависимости от их культурных, политических и экономических особенностей.

Культуральные и социально-демографические факторы

Низкий социально-экономический статус, низкий образовательный уровень и безработица в семье являются факторами риска. Кроме того, к этой группе можно отнести туземное население и иммигрантов, поскольку они чаще испытывают эмоциональные и языковые трудности и в меньшей степени имеют доступ к службам социальной помощи. Во многих случаях эти факторы сочетаются с психологическими последствиями страданий и ранений, полученных в ходе военных конфликтов, и с изоляцией.

Эти факторы для данных групп также связаны с недостаточной интеграцией в привычную для данного социума общественную активность и конфликтами, обусловленными различными жизненными ценностями разных групп населения. Последний фактор особенно значим для девочек, которые родились и получили воспитание в новой и более свободной стране, но сохраняющих в себе прочные корни, связывающие их с более сильной и консервативной культурой родителей.

Индивидуальное развитие любого молодого человека всегда переплетается с коллективной культурной традицией. Дети и подростки, лишенные культурных корней, страдают выраженными проблемами идентичности и испытывают трудности, связанные с тем, что у них хуже формируются жизненные схемы разрешения конфликтов. В некоторых стрессовых ситуациях они могут прибегать к аутодеструктивному поведению, такому как суицидальные попытки или самоубийство [5].

Риск самоубийства у туземных народностей выше, чем в общей популяции.

Отступление от полоролевых стереотипов в поведении, а также вопросы идентичности, связанные с сексуальной ориентацией, также являются факторами риска суицидального поведения. Дети и подростки, которые оказываются в ситуации открытого отвержения своей культурной группой, семьей, сверстниками, коллективом учебного или иного заведения страдают от серьезной проблемы недостатка поддержки, что нарушает оптимальное развитие личности.

Особенности семьи и психотравмирующие (стрессовые) события в детстве

Деструктивные тенденции в семье и травматические стрессовые события, пережитые в раннем детстве, оказывают влияние на всю последующую жизнь юных людей, особенно если им не удалось справиться с травмой [6].

Наиболее частые признаки дисфункции и нестабильности семьи и негативные жизненные события, влияющие на суицидальность детей и подростков, приведены ниже:

- психические отклонения у родителей [7], особенно, аффективные расстройства (депрессия) или другие психические заболевания;
- злоупотребление алкоголем, наркомания или другие виды антисоциального поведения у членов семьи;
- история самоубийства и суицидальные попытки в семье;

- насилие в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);
- недостаток внимания и заботы о детях в семье, конфликтные отношения между членами семьи, неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- частые ссоры между родителями/опекунами, постоянное эмоциональное напряжение и высокий уровень агрессии в семье;
- развод родителей, уход одного из них из семьи или его смерть;
- частые переезды со сменой места жительства;
- чрезмерно высокие или слишком низкие ожидания со стороны родителей/опекунов в отношении детей;
- излишняя авторитарность родителей/опекунов;
- отсутствие у родителей/опекунов времени и, как следствие, недостаточное внимание к состоянию ребенка, их неспособность к своевременному обнаружению проявлений стресса, нарушений эмоционального состояния ребенка и признаков негативного влияния окружающей среды;
- отсутствие гибкости (ригидность) членов семьи [8];
- воспитание приемными родителями или опекунами.

Перечисленные негативные проявления в семьях часто (но далеко не всегда) сопровождаются суицидальными попытками и самоубийствами детей после достижения ими подросткового возраста. Опыт показывает, что суицидальные подростки и юноши воспитываются в семьях, где существует сочетание перечисленных проблем, при котором риск суицида суммируется. Часто подростки из этих семей из-за лояльности к семье или запрета «выносить сор из избы» не обращаются за внешней помощью, не получают поддержки и остаются наедине со своими проблемами.

Когнитивный стиль и черты личности

Перечисленные ниже личностные черты часто наблюдаются в подростковом возрасте, но они же (нередко в сочетании с психическими расстройствами) бывают связаны с риском суицидальных попыток или самоубийства, поэтому их использование для прогнозирования самоубийства ограничено:

- нестабильность настроения;
- агрессивное поведение, злобность;
- антисоциальное поведение;
- склонность к демонстративному поведению;
- высокая степень импульсивности;
- раздражительность;

- ригидность мышления и стиля преодоления трудностей;
- недостаточная способность преодоления проблем и трудностей (в школе, среди подростков, и т.д.);
- неспособность реальной оценки действительности;
- тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий»;
- идеи переоценки собственной личности, сменяющиеся переживанием никчемности;
- легко возникающее чувство разочарования;
- тревога и подавленность, особенно при несущественных недомоганиях или неудачах;
- самодовольство, излишняя самоуверенность;
- чувство неполноценности и неуверенности, которое может скрываться за проявлениями надменности, доминирования, отвержения или провоцирующего поведения в отношении школьных друзей или взрослых, включая родителей;
- проблемы половой идентичности или сексуальной ориентации [9];
- сложные, неоднозначные отношения с родителями, другими взрослыми и сверстниками.

Соотношения между множеством разнообразных личностных и когнитивных факторов с одной стороны, и риском суицидального поведения у подростков, с другой, представляют несомненный интерес, однако накопленные научные данные относительно отдельных черт личности являются ограниченными и часто противоречивыми.

Психические расстройства

Частота суицидального поведения существенно повышена у детей и подростков, страдающих следующими психическими расстройствами.

Депрессия

Сочетание симптомов депрессии и проявлений антисоциального поведения описывают как самый частый предвестник самоубийства у подростков [10, 11]. Данные многих исследований показывают, что приблизительно у трех четвертей лиц, ~~которые~~которые в конечном счетесчете кончают с собой, наблюдается один симптом депрессии или более, а многие из них страдают выраженной депрессией [12].

Школьники, страдающие депрессией, нередко обращаются к врачу с жалобами на соматические симптомы [13]. Например, они часто предъявляют жалобы на головные боли, боли в животе, стреляющие боли в ногах или груди.

Девочки в состоянии депрессии обычно замыкаются в себе, становятся молчаливыми, печальными и пассивными. В отличие от них мальчики чаще проявляют

склонность к разрушительному и агрессивному поведению, учителям и родителям приходится уделять им много внимания. Агрессивность может приводить к изоляции и одиночеству, которые сами по себе являются факторами риска суицидального поведения.

Хотя отдельные симптомы депрессии и депрессия как психическое расстройство часто наблюдаются у склонных к самоубийству детей, суицидальные мысли и попытки далеко не всегда сопровождаются депрессией [14]. Подросток может совершить самоубийство, не будучи в состоянии депрессии, а лицо, страдающее депрессией, может не предпринимать суицидальных попыток.

Тревожные расстройства

Исследования показали достоверную корреляцию между тревожными расстройствами и суицидальными попытками у лиц мужского пола, в то же время эта связь у лиц женского пола выражена слабее. Тревожность как личностная черта, по-видимому, относительно независимо от депрессии повышает риск суицидального поведения, потому у подростков с риском суицида следует оценивать уровень тревоги и назначать соответствующее лечение. Кроме того, у молодых людей с суицидальными мыслями нередко наблюдаются психосоматические симптомы.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками

Среди детей и подростков, склонных к самоубийству, многие злоупотребляют алкоголем и наркотиками. Установлено, что в этой возрастной группе один из четырех пациентов перед совершением суицидальной попытки употреблял алкоголь или наркотические вещества [15].

Нарушения пищевого поведения

Из-за неудовлетворенности своим телосложением и внешностью многие дети и подростки стремятся похудеть и часто озабочены тем, какую пищу им следует употреблять, а от какой – стоит воздерживаться. От 1 до 2% девочек-подростков страдают анорексией или булимией (патологическим понижением или повышением аппетита). Анорексия у девушек весьма часто сочетается с депрессией, суицидальный риск у этого контингента примерно в 20 раз выше, чем в общей популяции юношества. По данным недавних исследований мальчики также могут страдать анорексией и булимией [13, 17].

Психотические расстройства

Хотя распространенность у детей и подростков тяжелых психических расстройств, подобных шизофрении или маниакально-депрессивному психозу является невысокой, следует иметь в виду, что при этой патологии весьма высок суицидальный риск. Следует отметить, что большинство подростков, страдающих психозами, подвергаются не одному, а нескольким факторам суицидального риска, например, они злоупотребляют алкоголем, наркотиками и табачными изделиями.

Предшествующие суицидальные попытки

Наличие в анамнезе одной или нескольких суицидальных попыток является серьезным фактором риска суицидального поведения независимо от присутствия упомянутых выше психических нарушений.

Негативные события жизни как триггеры суицидального поведения

У детей и подростков с суицидальными тенденциями обычно наблюдается повышенная чувствительность к стрессовым воздействиям, наряду с упомянутыми когнитивными стилями и личностными чертами (обусловленными наследственными генетическими факторами, а также семейными обстоятельствами и негативными стрессовыми событиями жизни, пережитыми в раннем возрасте) [16]. Эта повышенная чувствительность мешает им адекватно справляться с текущими жизненными трудностями, поэтому обычно суицидальному поведению предшествуют стрессовые события. Психотравмирующие события пробуждают чувства беспомощности, безнадежности и отчаяния, которые могут актуализировать суицидальное мышление и привести к совершению суицидальной попытки или самоубийства [17].

В число ситуаций риска и событий, которые могут спровоцировать совершение суицидальных попыток или самоубийства, входят:

- ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые (даже если при объективном рассмотрении они таковыми не являются). Дело в том, что уязвимые дети и подростки нередко воспринимают самые тривиальные ситуации как глубоко ранящие и реагируют на них тревожным и хаотичным поведением. Подростки с суицидальными тенденциями склонны рассматривать подобные ситуации как угрозу их образу «я» и страдают от чувства униженного достоинства;
- неприятности в семье;
- разлука с друзьями, любимой девушкой/ парнем, одноклассниками и др.;
- смерть любимого или другого значимого человека;
- разрыв отношений с любимым человеком;
- межличностные конфликты или потери;
- проблемы с дисциплиной и законом;
- давление, оказываемое группой сверстников, прежде всего, связанное с подражанием саморазрушительному поведению других;
- запугивание, издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- разочарование успехами в школе, серьезные трудности в учебе;
- высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзамены);
- безработица, проблемы с трудоустройством, тяжелое экономическое положение;
- нежелательная беременность, аборт и его последствия;
- ВИЧ-инфекция или заражение другой болезнью, передающейся половым путем;

- серьезная физическая болезнь;
- чрезвычайные внешние ситуации и катастрофы, природные катаклизмы.

КАК ВЫЯВИТЬ СТРЕСС И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У УЧАЩИХСЯ

Выявление признаков стресса

Любые неожиданные или драматические изменения, влияющие на поведение подростка или ребенка, любые внезапные и значительные изменения успеваемости, посещения школы или поведения следует принимать всерьез [18]. К ним относятся:

- потеря интереса к обычной деятельности;
- внезапное снижение успеваемости;
- необычное снижение активности, безволие;
- плохое поведение в школе, нарушения дисциплины;
- необъяснимые или частые исчезновения из дома, пропуски занятий, прогулы;
- увеличение потребления табака, алкоголя или наркотиков (включая гашиш);
- инциденты, приводящие к контактам с правоохранительными органами, участие в драках и беспорядках.

Перечисленные признаки характерны для учащихся, которые, по всей видимости, переживают психологический или социальный стресс, и у них, возможно, возникают мысли о самоубийстве, которые впоследствии способны привести к суицидальным действиям.

Если учитель или школьный психолог замечает у ученика какие-либо из приведенных признаков, об этом следует известить школьную команду суицидальной превенции, которая должна принять своевременные меры по оценке состояния данного учащегося, поскольку обычно эти признаки свидетельствуют о серьезных проблемах, и дело может закончиться суицидальным поведением.

Оценка суицидального риска

При оценке суицидального риска работникам школы не следует забывать о том, что проблемы всегда являются множественными.

Предшествующие суицидальные попытки

Одним из самых значимых факторов риска является наличие в прошлом суицидальных попыток. В стрессовой ситуации подростки склонны вновь прибегать к подобным действиям.

Депрессия

Вторым по значимости серьезным фактором риска является депрессия. Конечно, диагноз депрессии должен ставить врач – специалист в области детской и подростковой психиатрии, но учителям и другим работникам школы следует знать разнообразные симптомы депрессии [20, 21].

Трудность оценки депрессии связана с тем, что существуют некоторые общие признаки, характерные как для естественных переходных стадий подросткового возраста, так и депрессии.

Подростковое созревание является нормальным состоянием, при котором часто наблюдаются такие проявления, как снижение самооценки, уныние, нарушения внимания, повышенная утомляемость и нарушения сна. Аналогичные симптомы характерны и для депрессии, но они не представляют повода для тревоги, если не нарастают по степени тяжести и длятся непродолжительное время. По сравнению с взрослыми, страдающими депрессией, юные пациенты проявляют тенденцию к демонстративному поведению, часто больше едят и спят.

Депрессивные мысли могут появляться у здоровых подростков, они отражают нормальный процесс развития, особенно, если юноша или девушка заняты решением экзистенциальных вопросов. Интенсивность суицидальных мыслей, их глубина и продолжительность, контекст, в котором они возникают, невозможность отвлечения ребенка или подростка от этих мыслей (то есть, их упорный, навязчивый характер) отличают молодого человека в состоянии суицидального кризиса от здорового сверстника.

Ситуации риска

Еще одна серьезная задача - выявление перечисленных выше внешних ситуаций и негативных событий жизни, активирующих суицидальные мысли и увеличивающих риск самоубийства.

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ УЧАЩИМИСЯ В ШКОЛЕ

Выявление подростков, переживающих стресс и нуждающихся в помощи, обычно не представляет особой проблемы. Гораздо труднее решить, как следует вести себя в отношении детей и подростков с суицидальными тенденциями.

Многие работники школ обладают способностью к чуткому и уважительному обращению с учащимися, испытывающими страдание и суицидальные переживания, в то время как другие этими навыками не владеют. В последнем случае их следует этим умениям обучить. При контактах с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.

Выявление у учащегося признаков суицидального кризиса и оказание помощи в его преодолении может вызвать внутренний конфликт у учителей и других школьных работников, поскольку порой они не либо обладают нужными навыками, либо им не хватает времени, или же они опасаются столкновения с собственными психологическими проблемами.

Общая превенция: до возникновения суицидальных действий

Наиболее важным аспектом суицидальной превенции является раннее выявление детей и подростков, переживающих стресс и/или подвергающихся повышенному суицидальному риску [22]. Для достижения этой цели особое внимание должно уделяться общей ситуации, в которой находятся работники и учащиеся школы, и ее коррекции с помощью описанных далее методов. Многие эксперты полагают, что прямое предоставление подросткам сведений относительно самоубийства является нецелесообразным. По их мнению, вместо обсуждения проблемы самоубийства, предпочтительно применение подхода, направленного на укрепление психического здоровья в целом.

Укрепление психического здоровья учителей и других работников школ [23]

Прежде всего, важно обеспечить психологическое благополучие учителей и всех работников школы. Обстановка на работе может быть для них психологически неблагоприятной или нести в себе заряд агрессии, а иногда и насилия. Поэтому они нуждаются в информационных материалах, помогающих им разобраться в ситуации и предлагающих адекватные способы реагирования на психологическое напряжение или возможные психические дисфункции у самих себя, учеников и коллег. Кроме того, им бывает необходима поддержка и, при необходимости – лечение, которое следует им предоставить.

Укрепление самоуважения и положительной самооценки учащихся [24].

Положительная самооценка и чувство собственного достоинства помогает детям и подросткам избегать эмоциональных проблем и уныния, предоставляет им возможность успешного преодоления трудных и травмирующих ситуаций в жизни [25].

Для выработки у детей положительной самооценки и самоуважения используются различные способы. Ниже перечислены некоторые рекомендуемые подходы:

- Всегда старайтесь подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще ребенку (26). Ощущение успешности, достижений в чем-либо, в том числе, прошлые успехи улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее.
- Не следует оказывать постоянное давление на подростка или юношу и предъявлять чрезмерные требования в отношении достижения все лучших и лучших результатов (в учебе, жизни и т.д.)
- Взрослым недостаточно только говорить или думать, что они любят своих детей, им следует их действительно любить. Существует большое различие между тем, когда ты чувствуешь, что тебя любят, и когда тебе только часто повторяют, что любят.
- Детей важно принимать такими, какие они есть. Более того, их нужно любить такими, какие они есть. Они должны чувствовать, что их любят не за хорошее поведение и успехи, а потому, что они - дети.

Жалость и сочувствие снижают самоуважение, тогда как эмпатия способствует его повышению, поскольку она не содержит осуждения. В раннем детстве самостоятельность и собственные умения являются строительным материалом формирования самоуважения и положительной самооценки.

Самооценка у подростков зависит от развития физических, социальных и трудовых навыков. Поощряйте занятия спортом, успехи среди друзей. В конце концов,

рано или поздно подросток или юноша должен приобрести независимость от семьи, школы и окружающих сверстников, наладить отношения с противоположным полом, подготовить себя к самостоятельной жизни, выработать собственную осмысленную жизненную позицию. В этих начинаниях ему необходима тактичная и умная поддержка.

Эффективной стратегией является обязательное обучение жизненным навыкам, вначале на жизненных примерах других, а затем в курсе школьной программы. Курс обучения должен включать обучение навыкам оказания поддержки сверстникам и друзьям, а также умению в случае необходимости обращаться за помощью к взрослым.

Кроме того, система образования должна способствовать развитию и укреплению чувства идентичности у любого учащегося.

Еще одной важной задачей является обеспечение стабильности и преемственности в школьном обучении.

Поощрение выражения эмоций и чувств

Детей и подростков следует учить серьезному отношению к собственным чувствам и поощрять их к искреннему обмену переживаниями с родителями и другими взрослыми, такими как учителя, школьный врач или медицинская сестра, друзья, спортивный тренер, священник.

Предотвращение запугивания и физического насилия в школе

В системе образования следует использовать специальные меры предотвращения запугивания и физического насилия в школе или на ее территории. Это является необходимой мерой обеспечения безопасной обстановки, свободной от взаимной нетерпимости.

Информирование о возможностях оказания помощи

Доступность специальных служб оказания помощи должна обеспечиваться путем широкого распространения сведений о них, в том числе среди детей и подростков. Речь идет, например, об информации относительно телефонных номеров кризисных телефонных линий и служб неотложной психиатрической помощи.

Интервенция: меры, которые следует предпринимать при выявлении риска самоубийства.

В большинстве случаев, у детей и подростков, переживающих стресс и/или подвергающихся риску суицидального поведения, существуют еще и проблемы общения, т.е. неспособность или невозможность обсуждения с кем-либо возникших проблем. Поэтому с этими юношами и девушками, в первую очередь, следует установить диалог.

Общение

Первым шагом в превенции самоубийства всегда является доверительное общение. Диалог с человеком во время суицидального кризиса является необычайно

важным. Отсутствие доверительного общения и обусловленное этим нарушение взаимодействия между людьми приводит к перечисленным ниже последствиям:

- Возникает ситуация, когда молчание и нарастающая напряженность в отношениях не позволяют сделать ничего полезного для подростка. Нередко причиной отсутствия диалога являются ложные опасения взрослого, что обсуждение с ребенком или подростком его суицидальных мыслей и высказываний может спровоцировать его на совершение суицидального акта.
- Амбивалентность реакций взрослых. Очень часто столкновение взрослых людей с суицидальными высказываниями ребенка или подростка вызывает обострение их собственных психологических конфликтов. Психологическое напряжение, вызванное общением со страдающим или суицидальным ребенком или подростком, может достигнуть большой интенсивности и сопровождается широким спектром эмоциональных реакций. В некоторых случаях у взрослого, находящегося в контакте с такими детьми или подростками, актуализируются собственные эмоциональные проблемы. Иногда подобные проблемы оказываются весьма серьезными у работников школы, амбивалентность (неоднозначность) чувств которых – стремление помочь суицидальному ученику и одновременно возникающее нежелание или неспособность предпринять соответствующие меры – может привести к отказу от обсуждения проблемы.
- Возникает прямая или опосредованная агрессия. Иногда дискомфорт, который испытывают взрослые, выливается в осознанную или бессознательную агрессию против ребенка. В результате взрослые реагируют словесной или невербальной агрессией в отношении страдающего или суицидального ребенка/подростка.
- Важно понять, что в процессе общения учитель не является одиноким, поэтому обучение способности вести доверительную беседу во время суицидального кризиса является особенно важным моментом. Диалог должен соответствовать ситуации. Он подразумевает признание самоценности детей и подростков и их потребности, прежде всего, в помощи, а не в дидактическом подходе (с позиции старшего).

Дети и подростки, переживающие стресс или подвергающиеся риску самоубийства, часто бывают чрезмерно чувствительными к стилю общения других людей, иными словами молодежь в состоянии суицидального кризиса особенно чувствительна не столько к тому, что говорится, но и, к тому, как это говорится. Эта чувствительность может быть обусловлена тем, что в период их воспитания у них не сложились доверительные отношения с членами семьи и сверстниками, поэтому они сталкивались с отсутствием интереса, уважения и любви к себе со стороны окружающих. Повышенная чувствительность суицидального подростка проявляется как в словесном, так и невербальном общении. Порой больше пользы приносит невербальная коммуникация – «язык жестов и прикосновений» Взрослых не должно обескураживать нежелание детей и подростков разговаривать с ними. Они должны помнить, что установка на избегание контакта часто является признаком недоверия к взрослым.

Взрослые могут столкнуться с тем, что ребенок отвергает их помощь. На самом деле он одновременно и желает, и не хочет ее. Суицидальные дети и подростки проявляют выраженную амбивалентность в отношении того, принять ли предложенную

им помощь, или отвергнуть ее, продолжать жить, или умереть. Эта амбивалентность явно отражается в их поведении, они легко переходят от обращения за помощью к ее отвержению, и окружающие могут неправильно интерпретировать их поступки. Поэтому для достижения положительного результата в диалоге необходимы мягкость и настойчивость, терпение и максимальное проявление сочувствия и любви.

Повышение квалификации работников школы

Обучение специальным навыкам общения с суицидальными подростками должно осуществляться в ходе специальных курсов практического обучения, направленных на выработку подходов общения между учащимися и учителями, а также на повышение уровня осознания и понимания преподавателями и воспитателями суицидального риска. Ключевыми мерами превенции самоубийств являются повышение квалификации всех работников школы, в компетенцию которых входят беседы с коллегами и учащимися о вопросах жизни и смерти, обучение их выявлению стрессовых состояний, признаков депрессии и суицидального поведения, повышение уровня их знаний о доступных видах психологической поддержки и других источниках помощи.

Важными инструментами в профилактической работе являются специальные руководства по превенции самоубийств, в которых ясно сформулированы цели и четко определены ограничения этой работы.

Направление к специалисту

Быстрая, решительная и при необходимости – властная, авторитарная интервенция, а именно – направление суицидального подростка к врачу общего профиля, детскому психиатру или в отделение скорой помощи, может спасти его жизнь.

Эффективность медицинских служб для детей и подростков в плане суицидальной превенции связана с их доступностью, они не должны отпугивать людей, и контакт с ними не должен оставлять на пациенте социального клейма (стигмы). Если ученик находится в состоянии суицидального кризиса, его следует активно направить или лично доставить в сопровождении работника школы в медицинское учреждение, где его принимает команда, состоящая из врачей, медицинских сестер, социальных работников и юристов, задачей которых является защита прав ребенка. Подобное активное направление учащегося в медицинское учреждение не позволит ему уклониться от обращения, что вполне может произойти, если просто выписать направление, выдать его на руки или отправить по почте.

Ограничение доступности средств самоубийства

Различные формы надзора, надежное хранение опасных медикаментов, огнестрельного оружия, пестицидов, взрывчатых веществ, ножей в учебных заведениях, родительских домах и других местах пребывания суицидальных подростков, являются важными мерами спасения их жизни. Поскольку эти меры сами по себе не являются достаточными для долговременной превенции самоубийства, ребенку одновременно следует оказывать психологическую поддержку.

Если совершена суицидальная попытка или самоубийство

Информирование работников школы и соучеников

В школах должны существовать специальные инструкции относительно информирования работников школы, особенно, учителей, а также учащихся и их родителей, о совершении в школе суицидальной попытки или самоубийства. Эти меры направлены на предотвращение кластеризации самоубийств, т.е. проявления «эффекта заразительности». Этот эффект является следствием психологической тенденции суицидальных детей и подростков подражать деструктивным действиям людей, совершивших самоубийство или суицидальную попытку. В настоящее время широко используются рекомендации по контролю и предотвращению кластеризации суицидов, разработанные и опубликованные в 1994 году Центром по контролю заболеваемости США [27].

Важно не только выявить всех учеников с суицидальными тенденциями, обучающихся в том же и в других классах школы. Суицидальный кластер может охватить не только знакомых друг с другом детей и подростков, даже совершенно чужие и никогда не встречавшие самоубийцу юноши и девушки могут имитировать его поведение и, в результате, тоже совершить самоубийство.

Соучеников, работников школы и родителей следует тактично, но объективно известить о самоубийстве или суицидальной попытке, совершенной учеником, и проработать переживания, вызванные случившимся событием.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Самоубийство не является громом с ясного неба: учащиеся с суицидальными наклонностями весьма ясно предупреждают окружающих о своих намерениях и оставляют много возможностей для принятия соответствующих мер. Превенция самоубийств является для учителей и других работников школы задачей огромной стратегической важности, для решения которой необходимо:

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- облегчение душевных страданий;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;

- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства – токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. *Group and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982, 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 1988, 25: 87-105.
6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 1998, 21(4): 459-472.
9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.
10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. *Depression - en vanlig sjukdom* [Depression - a common illness]. Stockholm, Naturoch Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. *Quand t'adolescent va mal*. [When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry, 1997, 36: 1543-1551.

17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149:45-51.
18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.
20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
22. Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994,42:130-136.
23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130:450-455.
25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994. (Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Изд. Группа «Прогресс», 1996)
26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.

ПРЕВЕНЦИЯ САМОУБИЙСТВ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ УЧИТЕЛЕЙ И ДРУГИХ РАБОТНИКОВ ШКОЛ

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 1,39 Печать ризографическая.
Тираж 300 экз. Заказ 333

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии фирмы «Ветаком»
г. Одесса, ул. Пантелеймоновская, 15
Тел: (0482)-496-100, 496-101.