

Психологическая помощь подросткам и молодёжи в ситуациях суициdalного риска

Учебно-методическое пособие

УДК 615.39-06-085-092

ББК 57.31

П86

П86 Психологическая помощь подросткам и молодежи в ситуациях суициdalного риска. Учебно-методическое пособие / Ю.В. Батлук, Л.В. Смыкало, К.А. Богомазова [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2025. — 176 с. : ил.

ISBN 978-5-907649-00-0

Данное пособие посвящено актуальным вопросам профилактики суициdalного поведения у детей, подростков и молодых людей, находящихся в кризисных ситуациях. В условиях растущей латентности суицидов и недостатка научно обоснованных программ пособие предлагает методологические и практические рекомендации для психологов и педагогов. Авторы, обладающие многолетним опытом, анализируют факторы риска и протективные элементы, акцентируя внимание на необходимости разработки эффективных вмешательств, основанных на когнитивно-поведенческих и экзистенциальных подходах. В пособии представлены технологии психологического консультирования, кризисной помощи и профилактики эмоционального выгорания, а также психодиагностические методики для оценки уровня суициdalного риска. Издание будет полезно как студентам, так и практикующим специалистам, работающим с молодежью, и направлено на формирование необходимых компетенций для оказания эффективной психологической помощи.

Коллектив авторов: Батлук Ю.В., Смыкало Л.В., Богомазова К.А., Винокуров Д.А., Суворова С.В., Шаболтас А.В., Маликова Т.В.

Рецензенты:

Розанов Всеволод Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, и.о. заведующего кафедрой кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета.

Кондинский Александр Германович — кандидат медицинских наук, руководитель Федерального консультативно-методического центра по психотерапии Национального медицинского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева.

УДК 615.38:618.3+616-053.3
ББК 57.1

Утверждено учебно-методическим советом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ISBN 978-5-907649-00-0

© Коллектив авторов, 2025.
© СПбГПМУ, 2025.

Содержание

Введение	5
----------------	---

Раздел 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Понятие суицидального поведения	10
Взгляды на суицидальное поведение в различных психологических подходах	19
Модели, объясняющие суицидальное поведение	28
Психологические факторы риска и некоторые концепции суицидального поведения	33
Концепции суицидального поведения и защитные факторы в подростковом возрасте и в период ранней взрослости	41
Несуицидальное самоповреждающее поведение и суицид	48
Динамика суицидального поведения	50

Раздел 2. ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Общие принципы диагностики суицидального риска	70
Методы диагностики суицидального риска	73

Раздел 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Общие принципы оказания психологической помощи в ситуации суицидального риска	86
Особенности протекания кризисного состояния у подростков и молодых взрослых	88
Кризисная психологическая помощь в ситуации высокого суицидального риска	96
Программа индивидуального психологического консультирования в ситуациях суицидального риска	107
Задачи дальнейшей психологической помощи	127

Раздел 4. ПОДДЕРЖКА СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПОДРОСТКАМИ И МОЛОДЫМИ ВЗРОСЛЫМИ В СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Психологический стресс и профессиональное выгорание в работе консультантов	134
---	-----

Супервизия как форма профессиональной поддержки консультантов	137
Профилактика вторичной виктимизации	142

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Практические памятки и рекомендации для специалистов по выявлению и оказанию помощи подросткам с суицидальным риском	160
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Чек-лист «Социальные сети подростка: тревожные признаки, которые могут говорить о суицидальном риске»	170
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Методы диагностики суицидального риска	173

Введение

Актуальность проведения углубленных психологических исследований, а также разработки и внедрения научно-обоснованных программ, направленных на профилактику суицидального поведения и психологическую помощь детям, подросткам и молодым людям, переживающим тяжелые кризисные ситуации, для нашей страны обусловлена целым рядом обстоятельств. Прежде всего, это высокий уровень латентности и необратимости последствий суицида как самого тяжелого вида саморазрушающего поведения. При том для всех очевиден высокий уровень социально-экономической значимости здоровьесбережения молодежи для общества. Сохранение позитивных жизненных установок и способность эффективно противостоять различным трудностям как объективного, так и субъективного характера является важнейшей частью поддержания психологического благополучия и сохранения здоровья. В исследовательском и практическом плане необходимо учитывать сложности изучения индивидуально-психологических и ситуационных факторов риска возникновения суицидальных тенденций, а также трудности разработки превентивных поведенческих программ антисуицидальной направленности и их внедрения в реальную практику работы психологических служб учебных заведений (школ, вузов, ссузов). Объективные и точные сведения о частоте завершенных суицидов среди школьников и студентов в РФ на национальном уровне отсутствуют, так как в официальной статистике учитывается только возрастная категория, но не принадлежность к той или иной социальной группе. В то же время школьники и студенты как особые возрастные и социальные группы имеют свои особенности, связанные с рядом специфических факторов риска (межличностные отношения, академический стресс, отрыв от семьи, жизнь в большом городе, переход от юношества к взрослой жизни и т.д.). Эти факторы риска на эта-

пе формирующейся взрослости требуют систематического углубленного изучения с учетом стремительной динамики социальных изменений в современном мире, которые значительным образом влияют на все уровни функционирования человека и требуют значительной адаптации и перестройки жизненных планов и стратегий поведения.

Несмотря на обилие научных данных и информации о причинах и факторах риска суицида, в современной психологии наблюдается недостаток фундаментальных и прикладных исследований, а также научно-обоснованных проверенных практических технологий и программ, учитывающих протективные или антисуицидальные факторы и поведенческие детерминанты преодоления кризисов. Даже в условиях растущего числа психологических служб в школах, профессиональных колледжах, училищах и вузах эффективность превенции суицидального поведения остается недостаточной, о чем свидетельствует неснижающийся уровень суицидов среди школьников и студентов.

Большинство направленных на превенцию антивигильных настроений и суицидов программ для подростков и людей юношеского возраста ориентировано на информирование и развитие навыков обращения за помощью. Формат программ, в основном, имеет дидактический характер, изобилует декларативными компонентами, недостаточно учитывает сложности и специфику психологических переживаний человека в период взросления и становления личности. Также в программах наблюдается преобладание фокуса на факторах риска и сдерживании негативных тенденций на основе улучшения саморефлексии и осознания личных трудностей. На наш взгляд, эти недостатки можно было бы преодолеть, сместив фокус программ на протективные позитивные факторы с акцентом на поведенческие компоненты обучения, включив в систему психологической поддержки успешный опыт разработки и внедрения превентивных вмешательств, базирующихся на научных

и практических доказательствах эффективности, в частности, моделях, основанных на когнитивно-поведенческом и экзистенциальном подходах.

Данное пособие подготовлено междисциплинарной командой авторов, имеющих многолетний опыт исследовательской и практической деятельности в области изучения и профилактики суицидального поведения. Текст пособия включает в себя методологические и методические основы психологического подхода к пониманию суицида как само-разрушающего поведения, оценки, диагностики и оказания психологической помощи детям и лицам юношеского возраста, переживающим суицидальные кризисы, а также конкретные практические технологии и рекомендации для проведения индивидуального психологического консультирования, приемы самопомощи и профилактики выгорания для консультантов. Авторы подробно анализируют специфику возникновения суицидального поведения и развития суицида у подростков и молодых людей, принципы диагностики суицидального риска и суицидальных тенденций и условия, при которых диагностика позволяет получить наиболее точные результаты. Большое внимание уделяется специфике и конкретным рекомендациям по оказанию кризисной помощи и психологическому консультированию лиц, переживающих тяжелые жизненные обстоятельства. Отдельные разделы посвящены подробному описанию программы краткосрочного индивидуального консультирования в ситуации суицидального риска, профилактике эмоционального выгорания и вторичной виктимизации у консультантов. В приложении представлен список апробированных в работе с подростками и молодыми людьми психоdiagностических и экспериментально-психологических методик (как бланковых методов, так и полуструктурированных интервью) для диагностики выраженности суицидальных тенденций и оценки суицидальных рисков. Эти методы были апробированы в рамках практической работы с подростками, пере-

живающими кризис, и при реализации исследовательского гранта Российского научного фонда «Протективные факторы суицидального поведения студенческой молодежи» (грант СПбГУ/РНФ №24-28-00713).

Пособие может быть полезно как для студентов, обучающихся профессии психолога, педагогов, социальных педагогов, овладевающих необходимыми профессиональными компетенциями при работе с кризисами и оказании психологической помощи подросткам и молодым людям, демонстрирующим высокий уровень суицидального риска, так и для руководителей и практикующих специалистов кризисных и психологических служб школ, центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, профессиональных учебных заведений и вузов, чья работа сопряжена с ежедневным оказанием психологической помощи обучающимся и готовностью эффективно работать с самыми тяжелыми ситуациями.

Раздел 1.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД
НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК
И СУИЦИДАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ**

Понятие суицидального поведения

Слово «суицид» (от лат. *sui* — себя, *caedere* — убивать) означает самоубийство, то есть действие, направленное на лишение себя жизни. Среди различных определений суицида наиболее известной считается формулировка Мориса Фарбера: «*сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни*». Сознательность и намеренность здесь трактуются как наличие здравого смысла и понимание последствий своих действий. Смерть, наступившая в результате хаотичных действий психически больного человека, который, например, спрыгнул с крыши или перерезал себе сонную артерию, не осознавая последствий своих действий, в данном случае рассматривается как несчастный случай, а не суицид. «Сознательное» и «намеренное» не являются синонимами. В приведенном примере психически больной человек может иметь намерение лишить себя жизни, но его действия обусловлены сумеречным состоянием сознания и, следовательно, не могут являться суицидом. Быстрота наступления смерти и сознательное намерение умереть также отличают суицидальное поведение от парасуицидального или саморазрушающего, когда вред, причиняемый здоровью, укорачивает продолжительность жизни, но не приводит к ее немедленному прекращению.

Парасуицид — действия, которые могут привести к смертельному исходу, но не имеют прямого умысла на прекращение жизни; или мотивы, лежащие в их основе, не могут быть четко верифицированы. Например, человек практикует экстремальные виды спорта, где риск погибнуть или покалечиться очень высок, недостаточно быстро переходит дорогу в зоне активного транспортного движения, едет в опасное путешествие и т.п. Парасуицидальное поведение рассматривается как частный случай несуицидального саморазрушающего поведения.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предлагает рассматривать самоубийство как «результат действия,

преднамеренно начатого и совершенного человеком с полным знанием или ожиданием своего фатального исхода» (ВОЗ, 2021).

В отечественной психологии наиболее известным считается определение суицида, предложенное А. Г. Амбрумовой: «суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта». Все проявления суицидального поведения автор предложила рассматривать в двух категориях: внутренние (суицидальные мысли, замыслы, намерения) и внешние (суицидальные попытки и завершенный суицид) (Амбрумова, 1981).

В большинстве случаев суицид осуществляется как акт агрессии против собственного «Я», поэтому считается одной из форм автоагрессивного поведения. В современной психологии суицид рассматривается не как разовый поведенческий акт, а как определенная форма поведения, разворачивающаяся во времени и имеющая свою динамику. Возможность распознать суицидальное поведение до момента совершения самоубийства крайне важна с точки зрения его профилактики.

Суицидальное поведение — это любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. К внутренним формам мы можем отнести суицидальные мысли, желания, намерения. К внешним формам относятся действия, направленные на лишение себя жизни.

Суицидальное поведение характеризуется стадиальностью. М. В. Зотов и еще ряд исследователей предлагают выделить следующие этапы (Зотов М.В., 2006).

Предсуицидальный этап. Для него характерно снижение ценности собственной жизни и личности, потеря смысла, размывание представлений о собственном будущем, появление мыслей сначала о желательности смерти (например, «Было бы хорошо заснуть и не проснуться», «Я бы хотел вдруг

умереть от какой-нибудь болезни» и т.п.), а затем мыслей о самоубийстве. Мысли о суициде сначала носят абстрактный характер и нестойкую периодичность, появляются редко, на пике негативных эмоциональных переживаний. На первых порах они могут приносить некоторое облегчение, снижать эмоциональное напряжение, поскольку дают ощущение некоторого универсального «решения» для любой сложной ситуации. При неблагоприятном развитии частота возникновения таких мыслей увеличивается, в представлениях появляется большая конкретность, и они начинают носить навязчивый характер. При дальнейшем развитии мысли о суициде переходят в намерение, для мыслительной деятельности становится характерной практическая ориентированность, когда суицидент оценивает реализуемость своих идей, во многих случаях выбирает подходящий для себя способ самоубийства и формирует план.

Этап реализации суицидальных намерений или суицидальных действий. Если на предыдущем этапе всё ограничивается исключительно размышлениями и представлениями, то на этом этапе суицидент переходит к действиям. Это могут быть сами по себе совершенно безобидные поступки, однако важен факт перехода от мыслительной формы к двигательной активности. Например, суицидент может распределить свое имущество (дарить друзьям какие-то дорогие или ценные вещи, в том числе имеющие для него особую значимость); пойти на прием к врачу, чтобы получить таблетки от бессонницы; присмотреть дом с незапертым выходом на крышу или иное строение достаточной высоты и т.п. На данном этапе происходит планирование суицида, его подготовка и осуществление суицидальной попытки.

Постсуицидальный этап. Он имеет место, если суицидальная попытка не привела к смерти. Это период восстановления после суицидальной попытки, в то же время характеризующийся крайне высоким риском повторной попытки суицида. Хотя осуществление суицидальной попытки при-

водит к некоторой эмоциональной разрядке и психическое напряжение снижается, однако сама кризисная ситуация остается неразрешенной. В этой связи до 25% суицидальных попыток повторяются спустя некоторое время.

Суицидальные мысли, побуждения и намерения относят к суицидальным тенденциям. Суицидальные тенденции – это разновидность суицидального поведения, представленная внутренним психическим актом. (Эрдыннеева К.Г., Филиппова В.П., 2011). В некоторых контекстах суицидальные мысли и побуждения также называют суицидальной идеацией, противопоставляемой суицидальному поведению, выраженному в действиях (DSM-5, 2013). Суицидальные действия, таким образом, представлены поведенческим актом, приведшим к смерти (в этом случае говорят о завершенном суициде), и суицидальной попыткой – действием, направленным на лишение себя жизни, которое по каким-либо причинам не было доведено до конца.

Если с завершенным суицидом всё более-менее понятно, то с тем, что считать суицидальной попыткой, остаются вопросы. В ряде случаев суицидальная попытка не приводит к смерти вследствие внешнего вмешательства, то есть, по не зависящим от человека обстоятельствам, его действия не приводят к желаемому исходу. Такое действие большинство специалистов склонны считать суицидальной попыткой. Однако, если человек намеревался совершить самоубийство, но в процессе реализации этой мысли передумал (например, вышел на крышу, простоял там некоторое время, а затем спустился), можем ли мы считать это попыткой суицида? В других случаях человек предпринимает действия, которые, очевидно, не могут привести к смерти, но сам он в момент их совершения верит, что сможет себя убить. Например, принимает медикаменты для самоубийства, но использует препарат, который в принципе или в данной дозировке не может привести к летальному исходу.

ду. В некоторых ситуациях человек может причинять достаточно серьезный вред своему телу с целью справиться с сильными негативными эмоциями, но не иметь намерения самоубийства. Например, подросток может наносить себе порезы в области предплечья без осознанного намерения умереть, но при этом неосторожно повредить артерию, что способно привести к летальному исходу. Иными словами, существуют действия, которые продиктованы намерением самоубийства, но в действительности не ведущие к смерти; и существуют действия, совершаемые без намерения убить себя, но их следствием с высокой вероятностью может оказаться смерть. Все ли они относятся к суициdalной попытке? Некоторые авторы причисляют к суициdalному поведению действия, направленные на саморазрушение, которые в перспективе могут привести к смерти: тяжелые аддикции, нарушение пищевого поведения, увлечение экстремальными видами спорта и другие формы рискованного поведения (Wasserman, 2001).

В. А. Розанов с коллегами (Розанов В.А. и др., 2022) приводят развернутую классификацию вариантов суициdalного поведения, основанную на терминологии Колумбийского университета (США) (*таблица 1*).

Клинический подход к суициdalному поведению отличается большей строгостью в отношении данного понятия. В DSM-V введена категория расстройства «Суициdalное поведение» (suicidal behavior disorder). Основным диагностическим критерием для него является наличие суициdalной попытки в течение последних 24 месяцев. Данное расстройство не включает суициdalную идеацию, подготовительные действия или несуициdalное самоповреждение. Суициdalная попытка здесь определяется как «добровольная последовательность действий, которая в момент ее начала должна была привести исполнителя к смерти», а также как «поведение, которое индивид предпринял с, как минимум, некоторым намерением умереть». Диагностическими кри-

Таблица 1. Терминология суицидального поведения (СП)

Тип (категория) суицидального поведения (СП)	Определение	Суицидальные события	Примечание
Самоубийство	Самоповреждающее поведение, имеющее в своей основе, по крайней мере, некоторое намерение умереть, которое привело к летальному исходу	В ряде случаев неопределенность намерений и отсутствие ясных свидетельств (например, предсмертной записки) затрудняет дифференцирование от несчастного случая	
Суицидальная попытка (реальная, актуальная)	Потенциально легальное само-повреждающее поведение, связанное, по крайней мере, с некоторым намерением умереть	Многие молодые пациенты могут объяснять свои действия иными мотивами, например, желанием избежать невыносимой ситуации, привлечь внимание к своим проблемам или наказать кого-то. Тем не менее, они обычно признают, что понимали, что смерть была вероятной. В связи с этим нежелательно использовать понятие «демонстративно-шантажное суицидальное поведение», поскольку оно может формировать у врачей первоначальное отношение к суицидальным пациентам, исходя из предшествующего и последующего поведения пациента и обстоятельств события. Обычно актуальная попытка суицида сопровождается определенными медицинскими последствиями, тяжесть которых зависит от многих обстоятельств, переоценки или недооценки легальности и избранного метода, быстроты оказания помощи, ее эффективности и т.д.	

Продолжение таблицы 1

Тип (категория) суицидального поведения (СП)	Определение	Примечание
Подготовительные действия к суициду (прерванный и/или остановленный суицидальный попытка)	Индивидом совершились действия, направленные на то, чтобы нанести себе самоповреждение, однако они были остановлены кем-то или им самим до наступления каких-либо последствий	В этом контексте различают прерванные (самим пациентом) или абортированные (остановленные кем-то со стороны) попытки. При этом может не быть никаких медицинских последствий, и приходится опираться только на сведения, предоставляемые самим пациентом, а также на его поведение и эмоциональные реакции во время беседы
Активные суицидальные мысли	Мысли о том, чтобы совершить некоторые действия, направленные на лишение себя жизни, включая понимание того, как это сделать (планирование), выбор метода и намерение действовать	Наличие плана суицидальных действий и выбор метода (особенно действия подготовительного характера) ассоциированы с более высоким риском суицидальной попытки и суицида. Возможны суицидальные коммуникации (сообщения), на которые следует обращать внимание
Пассивные суицидальные мысли	Мысли о смерти или желание умереть без конкретного плана действий	У подростков и молодых взрослых более всего распространены мысли о бессмыслинности существования, после чего следуют мысли о том, чтобы уснуть и не проснуться и т.д.
Несуицидальные и/или неопределенные, но потенциально опасные действия		Таким способом некоторые подростки пытаются заставить себя «что-то почувствовать» или подвергнуть себя наказанию. Данное поведение по целому ряду признаков (отсутствие семейной
Несуицидальное само-повреждающее поведение	Самоповреждающее поведение, не связанное с желанием умереть. Обусловлено другими причинами, например, может быть направлено	

Окончание таблицы 1

Тип (категория) суицидального поведения (СП)	Определение	Примечание
	<p>на преодоление ощущения стресса, либо имеет цель оказать влияние на других людей или окружение. Рассматривается как «членовредительство» (например, поверхностьные порезы или царапины, удары или ожоги)</p>	<p>отягощенности или выраженной психопатологии, ассоциация с ранним подростковым возрастом) отличается от собственно суицидального поведения. Тем не менее, при оценке на популяционном уровне такие самоповреждения положительно коррелируют с суицидальными попытками</p>
Самоповреждающее поведение с неопределеными намерениями	<p>Поведение, при котором самоповреждение имеет место, но намерение неясно, может быть либо результатом случайности, либо является психиатрическим симптомом</p>	<p>Поскольку всегда остается сомнение относительно намерений, лучше проявлять настороженность в отношении возможного суицида, поскольку часто «случайные» самоповреждения могут отражать склонность к неоправданному риску</p>

териями являются также сознательность действий и отсутствие политических или религиозных причин для смерти. Суицидальная попытка категоризируется с помощью следующих трех критериев: 1 — выраженность намерения умереть, 2 — жестокость выбранного метода, 3 — уровень планирования (DSM-5, 2013). Критики отмечают, что, во-первых, суицидальное поведение не является расстройством, а во-вторых, может рассматриваться как симптом, но не как самостоятельная нозологическая единица (Quendó M.A., Baca-Garcia E., 2014).

Взгляды на суицидальное поведение в различных психологических подходах

Впервые суицидальное поведение как психический феномен было описано З. Фрейдом, который обозначил его как агрессию, направленную на самого себя. Согласно концепции Фрейда для человека характерно наличие двух сильных инстинктов, влечений: желание жить (или Эрос) и влечение к смерти (Танатос). Первый направляет наше стремление к размножению, потреблению, развитию и расширению сферы влияния. Второй — стремление к разрушению, убийству или самоубийству. Фрейд считал убийство и суицид родственными актами, в основе которых лежат агрессия и ненависть, только во втором случае она перенаправляется с внешнего объекта на самого себя (Фрейд З. Печаль и меланхолия).

Американский психиатр Карл Менninger в работе «Война с самим собой» продолжил и развил идеи Фрейда. Он отмечал, что между инстинктами самосохранения и саморазрушения идет постоянная и напряженная борьба. Менninger предпринял попытку исследовать, в первую очередь, глубинные мотивы самоубийства и выделил три основных: желание умереть, желание убить и желание быть убитым.

Вслед за Фрейдом он отмечает, что самоубийство запускается негативным отношением субъекта к внешнему миру, к его «удручающим реалиям», однако, не решаясь или не имея возможности направить свою агрессию против внешних объектов, человек направляет ее на самого себя. Карл Менninger описал также «хронический суицид» и «частичный суицид» — скрытые и символические способы самоуничтожения, движимые бесознательным желанием умереть: аскетизм, алкоголизм, невротическая инвалидизация, антиобщественное поведение, нанесение телесных самоповреждений и др. (Менninger K., 2001).

Карен Хорни считала основной причиной суицидальных тенденций наличие базовой тревоги. Продолжая традиции

психоаналитической концепции, она уделила особое внимание детскому периоду развития личности. Хорни считала, что если бы детям обеспечили окружение, свободное от тревоги, то личность ребенка развивалась бы исключительно в позитивном и жизнеутверждающем ключе. Однако культура, религия, политика и другие общественные силы приводят к искажениям в развитии личности ребенка.

Сталкиваясь с ограничениями, запретами и высокими требованиями, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни. Это вызывает у них появление описанной Хорни «базовой тревоги». Суицид является следствием детской зависимости, привитого окружением чувства неполноты, которое вступает в конфликт с тем, что Хорни имеет «идеализированным образом», то есть представлением о том, каким ребенок должен быть. Хорни назвала это «суицидом исполнения» из-за возникновения у человека чувства несоответствия стандартам и ожиданиям, которые навязаны обществом. Таким образом, суицид является результатом сочетания внутренних характеристик личности и факторов окружающей среды.

Роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения подчеркивалась и представителями гуманистической психологии. Карл Роджерс считал, что единственной реальностью, с точки зрения восприятия человека, является личный мир его переживаний. Угроза возникает тогда, когда человек ощущает несоответствие между Я-концепцией и общим организмизмическим переживанием. Это приводит к осознанию полного одиночества, утрачивается вера в себя, появляются ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется. Результат — суицидальные тенденции.

Для экзистенциального подхода характерно видеть в суициде дистанцированное отношение к собственной жизни, занятие произвольной и опосредованной позиции по отношению к ней, в отличие от непроизвольного и нерефлексивного

«бытийствования» (Леонтьев, 2008). Экзистенциальная психология делает попытку объединить философско-персонологический и клиническо-психологический подходы к суицидальному поведению, отмечая многовариантность и комплексность суицидального поведения.

Ключевым моментом экзистенциалисты считают сознательно принятное решение о самоубийстве, что может свидетельствовать об осознанности и выборе. А. Камю и Ж.-П. Сартр писали, что самоубийство как таковое возможно лишь при наличии рефлексивного сознания. Пока такое сознание не сформировалось, человек не является в полной мере субъектом своей жизни и не может принять осознанного решения о ее прекращении, разве что импульсивно реагируя суицидом на невыносимую боль, что может наблюдаться и у животных. В. Франкл полагал, что суицидальные тенденции подпитываются, прежде всего, утратой смысла собственного существования и понимания жизни как ценности, за которую необходимо бороться. Он справедливо отмечал, что в ситуации, когда жизнь становится ежедневной рутиной, не требующей от человека усилий, ее ценность и смысл теряются, что провоцирует суицидальные мысли и намерения. В работе «Человек в поисках смысла» он писал, что, по его наблюдениям, в концлагере суицидальные тенденции снизились по сравнению с обычной жизнью. Данный феномен отмечают и другие авторы, предлагая различные объяснения: групповая сплоченность, деперсонализация, апатия, агрессивность, близость к смерти и опускание рук, наличие ясных внешних объяснений своим несчастьям, недостаточные энергия и мотивация, чтобы наложить на себя руки. Сюда же можно отнести известный факт, что количество суицидов снижается во время войн. Отчасти это можно объяснить тем, что в мирное время действует культурный запрет на внешнее проявление агрессии, который приводит к тому, что агрессия канализируется в форму суицида, а в военное время она обращается на врагов (Старшенбаум, 2005).

Аарон Бек, основатель когнитивного подхода в психологии, в 1967 году сформулировал концепцию негативной триады: представление человека о себе, об окружающем мире и о собственном будущем (Beck, 1967). Позже он отметил особенную роль в развитии суицидального кризиса такого чувства, как безнадежность. Оно приводит к когнитивным искажениям, из-за которых человек воспринимает ситуацию невыносимой. Отсутствие надежды выступает катализатором самоубийства. Бек также разработал шкалы суицидальных намерений и летальности, которые оценивают тяжесть суицидального состояния (Beck, 1974).

Идеи А. Бека были продолжены авторами рационально-эмотивной поведенческой терапии Т. Эллисом и К. Рэтлифом. В русле когнитивной психологии они сформулировали проблемы суицидального мышления: люди склонны строить цепочку «событие — ответ», пропуская при этом мысли по поводу самого события, преувеличивая тяжесть событий и снижая их переносимость, давая оценку своему «Я» вместо оценки поведения (условное принятие себя).

Последователи Бека разрабатывали концепцию суицидальной уязвимости. Например, один из его учеников, М. Дэвид Радд (Rudd), предложил теорию динамичной уязвимости и суицидального поведенческого паттерна. При активации суицидального паттерна у человека возникают суицидальные мысли, появляются негативные эмоции, физиологическое возбуждение и намерение покончить с собой. У людей, имевших в прошлом суицидальные попытки, этот паттерн активируется быстрее. Он возникает в ответ на особые триггеры и условия, которые отвечают за длительность и силу суицидального эпизода. Суицидальная уязвимость имеет несколько видов. Когнитивная уязвимость проявляется в особой системе убеждений, положительно связанных с суицидом; в недостаточной гибкости когнитивных процессов; в затруднении с решением проблемных ситуаций. Поведенческая уязвимость проявляется в недостатке ком-

муникативных и межличностных навыков, недостаточном самоконтроле и слабой регуляции эмоций. Биологическая уязвимость характеризуется наличием специфических физиологических и аффективных симптомов (Rudd, 2000).

Эдвин Шнейдман, один из наиболее известных исследователей суицидального поведения, впервые употребивший термин «суицидология», в своей работе «Душа самоубийцы» представил наиболее системно описанные характеристики суицида исходя из мотивационной модели. Согласно Шнейдману суицид не бывает случайным или бесцельным действием. Его цель — поиск решения. Суицид является универсальным ответом, выходом из трудной ситуации. До момента принятия этого «крайнего решения» человек пробует разные пути и способы. Если он выбирает суицид — значит, это кажется ему единственным доступным на данный момент решением.

Стимулом для суицида служит невыносимая душевная боль. Задача суицида — прекратить поток сознания. Сознание причиняет суициденту невыносимую душевную боль. Прекращение сознания ассоциируется с прекращением боли и освобождением. Как пишет Шнейдман, основные эмоции при суициде — это отчаяние, беспомощность и безнадежность: «Я ничего не могу сделать, кроме...» и «Никто не может мне помочь». Именно безнадежность толкает человека на суицид: нет смысла и нет надежды, что это когда-нибудь изменится. Если появляется надежда — намерение совершить суицид отступает.

Отношение к суициду — амбивалентность. Деятельность психики в состоянии суицидального кризиса не подчиняется законам логики. Изучая предсмертные записки суицидентов, Шнейдман отметил противоречивость суждений в этих письмах, написанных людьми в критический момент в состоянии измененного сознания, когда суициденты одномоментно чувствовали к близкому человеку любовь и ненависть; испытывали вину и раскаяние и тут же переходили к обвинениям. Алогичность была хорошо видна в суицидальных записках:

они отличались чрезмерным вниманием к малозначимым подробностям, тривиальным, обыденным вещам и склонностью к малозначимым фразам. Помимо озабоченности тем, как воспримут поступок окружающие, люди часто просили не думать о них плохо. Важной особенностью суицидентов оказалась вера в жизнь после смерти: они угрожали наказать обидчика или обещали следить за любимыми с небес. Противоречивость и алогичность часто присутствуют в состоянии острого кризиса, когда человек пытается умереть и звонит на телефон доверия или зовет на помощь, выпив таблетки с целью умереть.

Состояние сознания при суициде — тоннельное видение, сужение когнитивной сферы. Пациенты в этом состоянии, как пишет Шнейдман, не способны логически мыслить, испытывают интеллектуальный и эмоциональный хаос. Для их мышления характерна дихотомичность. Большинство суицидентов перед попыткой воспринимают ситуацию как выбор между двух крайних вариантов: либо «волшебное» разрешение, либо смерть. Другие аспекты ситуации (друзья, близкие, планы на будущее и т.п.) не помещаются в рамки «トンнеля».

Основное действие при суициде — бегство, коммуникативный акт — сообщение о своем намерении. Шнейдман полагал, что стоит утолить душевную боль суицидента, уменьшив его страдания, и побуждение к самоубийству исчезнет. Им также была предложена типология индивидов, склонных к суицидальному поведению: искатели смерти, инициаторы смерти, игроки со смертью, одобряющие смерть.

Недавние исследования показали, что душевная боль в большей степени, чем безнадежность, связана с суицидальностью в таких группах риска, как студенты или бездомные. Душевная боль лучше предсказывала широкий спектр суицидального поведения, нежели безнадежность, депрессия и низкая осмысленность жизни, хотя эти концепты тоже имеют объяснительную силу (DeLisle, Holden, 2009; Patterson, Holden, 2012).

Шнейдман выделяет четыре основных направления в исследовании суицида: 1 – социологический подход Э. Дюркгейма, 2 – психодинамический подход, отсылающий к З. Фрейду, 3 – медико-соматико-генетико-биологический подход, рупором которого являются стандартизованные диагностические руководства, 4 – феноменолого-интроспективно-психологический подход, обращающийся к таким переживаниям человека, как душевная боль или беспомощность (Shneidman E.S., 2010). Основная ценность психологического подхода заключается в его практической ориентации и в том, что он направлен на психотерапевтическую помощь людям в предсуицидальном состоянии.

Среди российских психологов, уделявших внимание исследованию суицидального поведения, можно отметить П. Б. Ганнушкина и А. Е. Личко. Они рассматривали феномен суицида в русле проблемы психопатии. Согласно определению Ганнушкина психопатическими называются личности, с юности, с момента формирования имеющие ряд особенностей, которые отличают их от так называемых «нормальных» людей и мешают им безболезненно для себя и для других приспособляться к окружающей среде. По мнению Личко, термин «суицидальное поведение» объединяет все проявления суицидальной активности мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Этот термин особенно применим к подростковому возрасту, когда суицидальные проявления отличаются многообразием и имеют определенную связь с типом акцентуации характера. А. Е. Личко считал, что у подростков с разными типами акцентуаций суицидальное поведение может быть демонстративным, аффективным и истинным. Суицидальные действия у подростков часто носят несерьезный, демонстративный характер, могут приобретать черты суицидального шантажа. Кроме того, причины суицидального поведения у подростков отличаются от факторов риска суицида у взрослых: они отражают специфику ценностей и потребностей пубератного возраста.

А. Г. Амбрумова с соавторами рассматривала суицидальное поведение в контексте аутоагрессивного. По ее мнению, можно выделить следующие типы аутоагрессивного поведения:

- 1 — суицидальное поведение (осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни);
- 2 — суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение (неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но которые ведут к саморазрушению или смерти);
- 3 — несуицидальное аутоагрессивное поведение (различные формы умышленных самоповреждений, заведомо неопасных для жизни, целью которых не является добровольная смерть).

Амбрумова делала акцент на том, что суицидальные действия имеют исключительно преднамеренный характер и относит к ним внутренние (суицидальные мысли, представления, переживания, замыслы и намерения) и внешние проявления (суицидальные попытки, завершенные суициды). Она считала суицидальное поведение следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого и неразрешенного микросоциального конфликта. Основу этой концепции формируют два факто-ра: социально-психологическая дезадаптация личности и конфликт между актуальной потребностью и тенденцией, препятствующей ее удовлетворению (Амбрумова, 1991).

Современные представители когнитивно-поведенческого подхода в развитии суицидального поведения подчеркивают роль негибкости мышления, которое возникает как следствие приобретенных «когнитивных искажений». Такие искажения ведут к невозможности адекватного анализа ситуации и выработки эффективных решений в сложных обстоятельствах. Этот взгляд рассматривает в качестве причины всех психологических проблем неадекватные мысли

человека, которыми он обладает в настоящем, а вовсе не его негативный опыт в прошлом (Joiner, Van Orden, Witte, 2009).

В противовес этому взгляду Г. Я. Пилягина рассматривает суицидальное поведение как обусловленное в том числе и внешними факторами. Она считает, что для возникновения аутоагрессии необходима система, включающая, как минимум, три компонента:

- 1 —фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию и одновременно отрицающий свои социализированные интроверты;
- 2 —психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные внутрличностным конфликтом;
- 3 —обратная отрицательная связь — несбывшиеся ожидания, увеличивающие напряжение ситуации; агрессивность субъекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта.

В связи с действием всех трех компонентов Пилягина представляет иерархическую структуру генеза аутоагрессии. Данная теоретическая модель делает акцент на внешней обусловленности аутоагрессии и суицида (Пилягина, 2003).

Модели, объясняющие суицидальное поведение

До сих пор ведутся споры, что первично в суицидальном поведении — биологические предпосылки или социально-психологические факторы. Исследования говорят о том, что есть генетические и биохимические особенности организма, повышающие силу аффекта, усиливающие вероятность возникновения «тоннельного сознания», влияющие на устойчивость человека к стрессу, на вероятность возникновения депрессивного состояния — то, что косвенно может способствовать развитию суицидального поведения. Однако нет исследований, которые бы однозначно выявили связь между суицидом и какими-либо биологическими детерминантами. Очевидно, это поведение, как и большинство психологических феноменов, лежит на стыке биологического и социального. Все концепции, предлагающие то или иное видение суицидального поведения, можно объединить в три комплексные модели, объясняющие суицидальное поведение: медицинскую, социокультурную и экологическую.

Медицинская модель рассматривает суицид как одно из проявлений психопатологии, то есть как признак некоторого заболевания психики. Фрейд, Менninger и Личко расходились в понимании причин суицида, однако были едины в том, что суицидальное поведение является признаком патологии и должно рассматриваться исключительно в границах клинического подхода.

Советская медицина предполагала, что суицид — это симптом начинающегося психоза или другого расстройства. Суицидент подлежал обязательной госпитализации и психиатрическому обследованию. Сегодня сторонники медицинской модели предполагают, что в основе суицида лежит эмоциональное или поведенческое расстройство, поэтому при создании профилактических программ необходимы диагностика и медицинское вмешательство.

Психопатологическая концепция суицида имеет давнюю историю, она начала разрабатываться еще в XIX веке врачами-психиатрами. Вслед за Кречмером исследователи в конце XIX – начале XX веков пытались найти связь между суицидом и анатомо-физиологическими факторами, исследуя тело и мозг человека. Однако никакой связи выявить не удалось. Постепенно взгляд психиатров на суицид теряет свою однозначность. Уже в начале XX века многие из них говорят о том, что суицид возможен не только со стороны душевнобольных, но и со стороны психически здоровых людей, если обстоятельства оказались сильнее возможности с ними справиться. Известный в СССР суицидолог Амбрумова в 1971 году рассматривала самоубийство как следствие крайней дезадаптации личности в условиях переживаемого ею конфликта. Данное определение предполагает, что в группе риска суицида могут оказаться и люди, принадлежащие к клинической норме, однако переживающие временную дезадаптацию.

И сегодня психическое нездоровье считается значимым фактором в суицидальном поведении. В США у 95% лиц, совершающих суицидальные попытки, диагностируются психические и поведенческие расстройства, но при этом большая часть из них (90%) не относится к так называемой «большой психиатрии». Это расстройства, лежащие на грани нормы и патологии: депрессивные и субдепрессивные состояния (80%), пограничное расстройство личности (5%), делирий или деменция (5%). Для сравнения, на долю таких расстройств психотического спектра, как шизофрения, приходится лишь 10% суицидальных попыток (Каплан, Сэдок, 1994).

Со второй половины XX века проводились и проводятся активные исследования с целью найти биохимические и генетические корреляты суицида. Как уже говорилось, прямой связи суицида с биологическими факторами выявлено не было, однако были найдены некоторые физиологи-

ческие особенности, которые повышают риск совершения суицидальной попытки. Наиболее состоятельной здесь является нейрохимическая гипотеза, которая связывает низкий уровень серотонина с развитием депрессивного состояния и, следовательно, с риском суицидального поведения. Исследования подтверждают связь генетических факторов с вероятностью клинической депрессии при накоплении жизненных стрессов, если человек испытывал повреждающий стресс в раннем детстве. Промежуточным фактором здесь как раз выступает транспорт серотонина в мозг. Однако при отсутствии неблагоприятных средовых факторов генетическая предрасположенность не приводила к депрессии (Caspi, 2003; Розанов, 2012). Другие исследования, касающиеся связи генетики и суицидального поведения, были чаще всего тоже посвящены действию генов, имеющих отношение к нейрохимическим системам мозга серотониновой, дофаминовой, ГАМКергической и др. (Mann, 2007).

Основанием для проверки генетической гипотезы стал тот факт, что частота самоубийств у родственников суицидентов достоверно выше, чем в общей популяции. Так, одно из исследований показало, что у 6% суицидентов один из родителей совершил суицид, что в 88 раз превышает показатель в общей популяции (Farberow, Saimon, 1969). Близнецовые исследования показали, что риск совершения суицида у второго близнеца в случае, если первый совершил самоубийство, выше среди одногенетических близнецов, чем среди разногенетических. Были описаны случаи, когда на протяжении ста и более лет все суициды в небольших сообществах (деревне, общине) совершали члены нескольких семей. Психоанализ и другие направления, впрочем, говорят о том, что фактор научения или неадаптивные поведенческие модели, усвоенные в семье, могут также вносить вклад, что приводит к повышению риска суицида в семье суицидента. В семье, где кто-то совершил самоубийство, снижаются барьеры и страх

перед суицидом и такое поведение рассматривается как один из возможных вариантов решения проблемы.

Социокультурная модель берет основание из работ Дюркгейма, который первым оспорил медицинскую модель суицида. Он рассматривал самоубийство как один из вариантов отклоняющегося поведения. При этом самоубийство, совершенное ради великой цели, героизм, он рассматривал в той же парадигме, считая, что большой разницы между героическим самоубийством и обычным суицидом практически нет. Согласно Дюркгейму суицид является чем-то вроде одной из социальных болезней общества, таких, как наркомания, алкоголизм или проституция. Он выявил статистическую связь между уровнем суицидов в популяции и такими социальными факторами, как религия, семейное положение и занятость; зафиксировал факт, что женатые реже совершают суицид, чем безбрачные; люди, имеющие детей, — реже, чем бездетные; католики — реже, чем протестанты. Дюркгейм считал, что рост самоубийств в обществе связан с аномией — отсутствием норм и идеалов, распадом или ослаблением связей между людьми, ростом индивидуализма. Это подтверждается тем фактом, что в обществе, переживающем революционные изменения, наблюдается рост суицидов. Хотя все эти выводы Дюркгейм сделал более ста лет назад, многие социологи и сегодня считают их справедливыми.

К социокультурной модели можно отнести и взгляды Карен Хорни, которая большинство своих работ посвятила тревоге и тревожности. Она связывала суицид с тревогой, которая является следствием социальных требований, ожиданий и культурных стандартов, превалирующих в обществе. Согласно концепции Хорни люди различаются в своих способах справиться с тревогой (впоследствии это легло в основу теории о различных способах совладания со стрессом). Основой для суицида Хорни считала «базисную тревогу», которая формируется в детстве и зависит от степени несоответствия между представлением человека о самом себе и «идеализированным образом» или стандартом, созданным

обществом. Если это несоответствие слишком велико — человек совершает «суицид исполнения».

Экологическая модель рассматривает суицид как следствие многочисленных факторов, включающих в себя личность, культурный и социальный контекст, а также факторы окружающей среды. Человек рассматривается как часть среды, он находится под ее влиянием и его поведение является отражением общесредовых процессов. Профилактические меры, с точки зрения этой модели, должны включать в себя, например, ограничение доступа к огнестрельному оружию и другим методам самоубийства, оздоровление психологического климата и общего благополучия в обществе, гармоничное сосуществование с окружающей средой.

Психологические факторы риска и некоторые концепции суициdalного поведения

Разнообразие частных теоретических подходов и моделей в попытках объяснить суициdalное поведение может говорить о том, что суицидология находится в предпарадигмальной стадии развития в терминологии Кона (Franklin J.C. et al., 2017).

Возникновение суициdalных тенденций и их последующий переход в активные суициdalные действия связаны со множеством факторов: генетическая предрасположенность, наличие определенных психических заболеваний, употребление некоторых психоактивных веществ, макро- и микросоциальная среда, особенности социального статуса (наличие образования и работы, семейное положение), состояние здоровья (наличие серьезных соматических заболеваний), доступность средств совершения самоубийства и информации о способах его совершения, субъективный уровень собственных достижений и его соответствие принятым в обществе стандартам, уровень социальной поддержки, моральные установки в отношении суицида, психологические особенности и восприятие человеком конкретного жизненного этапа как кризисного или субъективно неразрешимого. Неслучайно суицид относится к биopsихо-социальным феноменам: «суициdalное поведение возникает в результате комплексного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов» (Зотов М.В., 2006).

В изолированном виде большинство факторов риска являются малоинформационными. Так, аффективные расстройства (депрессия, биполярное расстройство) являются одним из основных факторов риска совершения суицида: депрессия диагностируется примерно у двух третей лиц, совершивших попытку самоубийства (Зотов М.В., 2006). Однако также известно, что 95–98% людей с аффективными расстройствами умирают по другим причинам, соответственно предсказа-

тельная способность этого фактора в изолированном виде невелика (Franklin J.C., et al., 2017).

Наличие полной картины, включающей суициdalные факторы риска вкупе с защитными факторами и с пониманием их взаимодействия, позволяет с некоторыми поправками оценивать вероятность суициdalного поведения у отдельного человека и обозначать мишени для профилактической работы. Показательно, что наличие в прошлом суициdalного эпизода остается одним из сильнейших предикторов новых суициdalных попыток (Joiner T.E., van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz .C., Braithwaite S.R., Selby E.A., 2011), причем риск завершенного суицида повышается с числом попыток (Joiner Jr.T.E., 2005; Rudd, 2000).

Концепции суициdalного поведения, если они согласованы с данными эмпирических исследований, позволяют говорить о суициdalном поведении на уровне каузальных механизмов. Это позволяет не только планировать обоснованные и целенаправленные терапевтические вмешательства, но и точнее предсказывать динамику суициdalного поведения с учетом взаимодействия факторов, представленных в индивидуальной истории. Для анализа психологических концепций суициdalного поведения можно взять за основу так называемую модель «диатез-стресс».

Модель диатез-стресса предполагает, что некоторое не-здоровое поведение (в данном случае суициdalное поведение) возникает в результате взаимодействия различных предрасполагающих факторов, формирующих уязвимость, и фактора стресса как триггера, запускающего патологические процессы (Barzilay S., Aptek A., 2014). Диатез – психосоматическое заболевание, которое возникает у детей при наличии уязвимости к болезни и в случае возникновения сильного стресса. Уязвимость формируется при определенном сочетании генетической предрасположенности, особенностей личности, факторов социальной среды и собственного жизненного опыта ребенка. Таким образом, диатез возникает

в случае сочетанного воздействия комплекса причин, каждая из которых в отдельности не смогла бы вызвать этого заболевания. Подобная схема патогенеза характерна не только для диатеза или психосоматических заболеваний, она справедлива для многих психических расстройств и форм отклоняющегося поведения.

Тем, у кого отсутствует или почти отсутствует уязвимость к суициду, требуется крайне сильный стресс или сочетание стрессовых событий в жизни, чтобы активировать суицидальное поведение. При наличии высокой уязвимости, напротив, для возникновения суицидального поведения требуется гораздо меньше стрессовых переживаний (Beck A.T., Wenzel A., 2008; Rudd, 2000). Психиатр Джон Манн, впервые применивший модель диатез-стресса к суицидальному поведению, относил к факторам биологической уязвимости низкую серотонинергическую активность и импульсивность, к стрессовым триггерам — обострения психических расстройств и психосоциальные кризисы, а к психическим состояниям, возникающим при пересечении факторов уязвимости и триггеров, — субъективно воспринимаемые симптомы депрессии и переживание безнадежности (Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M., 1999).

Концепция диатез-стресса позволяет объяснить, почему одни и те же негативные жизненные события и даже психологические реакции на них приводят к разным исходам в рамках суицидального поведения, и, несмотря на происхождение из медико-психиатрического дискурса, обосновывает значимость индивидуально-психологических различий в анализе суицидального поведения. Не все из приведенных ниже теорий развивались в концептуальной рамке «диатез-стресс», но мы предприняли попытку классифицировать наиболее значимые из психологических концепций суицидального поведения в зависимости от того, на каких факто-рах уязвимости или триггерах они делают акцент.

Ряд исследователей рассматривал в качестве факторов психологической уязвимости к суициду следующие:

- особенности самоотношения, в частности, перфекционизм, самообвинение и низкую самооценку (Poedinger W., 1968; Baumeister R.F., 1990; Hewitt P.L., Flett G.L., 1994; Соколова Е.Т., Цыганкова П.В., 2011);
- дезадаптивные когнитивные стили (Beck A.T., Wenzel A., 2008; Ellis T.E., Ratliff K., 1986);
- несформированность навыков конструктивного решения проблем (Linehan M., 1987; Schotte D.E., Clum G.A., 1987);
- незавершенная сепарация, наличие «внутреннего критика» (интериоризированный родительский образ), запускающего механизм саморазрушения (Firestone R.W., 1986);
- преобладание негативных эмоций над позитивными, что, в целом, формирует избегающий стиль поведения (Fredrickson B.L., 2001).

Ряд концепций концентрируется на природе специфических для суицидального поведения аффектах, которые могут выступать также и триггерами:

- состояние безнадежности (Beck A.T., Wenzel A., 2008; Dean P.J., Range L.M., 1999);
- переживание себя как бремени в межличностных отношениях в сочетании с разорванной привязанностью и утратой принадлежности (Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al., 2009; Rasmussen K., et al., 2012);
- чувство невыносимой душевной боли, вызванной фрустрированными потребностями и интенсивностью чувств (Shneidman E.S., 1993);

Некоторые концепции представляют собой попытку создать комплекс из нескольких факторов, в совокупности формирующих уязвимость к суициду, которая при определенных обстоятельствах приводит к суицидальной попытке. Например, М. Дэвид Радд предложил теорию гибкой или флюидной уязвимости и суицидального модуса поведения, о которой говорилось выше. Суицидальный модус активируется в ответ на определенные триггеры. Это происходит легче и быстрее у тех, кто уже имел суицидальную попытку. Суицидальный

модус включает в себя сильный негативный аффект и физиологическое возбуждение, за которыми следует намерение покончить с собой. Радд также обозначил три вида уязвимости: когнитивную, биологическую и поведенческую.

Развивая стресс-диатезную концепцию суицидального поведения, предложенную Манном, Радд отмечает, что риск суицида складывается из некоторых устойчивых факторов, которые формируют предрасположенность человека к суициду (генетические, физиологические, устойчивые черты личности, а также особенности личной истории), и изменяющихся факторов или динамических характеристик (эмоции, состояния или обстоятельства). Радд называет это исходным риском и острым риском. Факторы, составляющие исходный риск, являются постоянными или крайне устойчивыми к изменениям. Примерами таких факторов являются пол, тип нервной системы, специфика нейрохимических процессов — конституциональные особенности, которые не изменяются со временем. С другой стороны, пережитая в детстве травма, прошлые суицидальные попытки, эмоциональная лабильность, когнитивная ригидность или стиль решения проблем — характерные факторы, которые, хотя и могут незначительно изменяться, но в течение очень долгого времени и с большим трудом. Все эти факторы создают исходный риск или предрасположенность к суициду. Подобная предрасположенность формируется также и за счет недостатка таких защитных факторов, как коммуникативность, оптимизм, социальная поддержка и креативность.

Теория гибкой или флюидной уязвимости Радда предполагает, что исходный риск варьируется от человека к человеку и зависит от уникального сочетания факторов риска и защитных факторов. Однако исходный риск может перерости в суицидальный эпизод только при возникновении триггера (факторов острого риска). В соответствии с этой концепцией люди с высоким исходным риском имеют низкие пороги активации суицидального паттерна и, следовательно, переживают суицидальные эпизоды (мысли, намерения

и/или попытки) даже при легком стрессе. Люди с низким исходным риском имеют высокий порог активации, поэтому редко переживают суицидальные эпизоды даже в ситуации сильного стресса.

Радд отмечает, что о высоком исходном риске суицида могут свидетельствовать множественные попытки самоубийства и/или несуицидального самоповреждения. Соответственно, для предотвращения суицида более эффективной стратегией является направление усилий на факторы острого риска и триггеры. В случае их устранения или нивелирования острота суицидального состояния снижается, хотя исходный риск при этом сохраняется (Брайан К., Радд Д., 2021).

Некоторые современные теории суицидального поведения развивались в рамках подхода «от идеации к действию». Основным положением этого подхода является необходимость отдельного объяснения и предсказания различных этапов суицидального поведения: возникновения суицидальной идеации и перехода от нее к действиям. В частности, говорится о различии факторов риска и механизмов для этих этапов. Так, было показано, что наличие психических расстройств (в основном, аффективных и тревожных) влияет на возникновение суицидальной идеации в гораздо большей степени (Nock M.K., Hwang I., et al, 2009), а импульсивность и агрессивность, как и расстройства, вызванные ослаблением контроля импульсов (ПТСР, транзиторные психотические расстройства, вызванные приемом ПАВ), связаны именно с реализацией суицидальной попытки, но не с возникновением и развитием суицидальной идеации (Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y., 2016).

Томас Джойнер (Joiner), развивая межличностную теорию суицидального поведения, обратил внимание на тот факт, что большинство людей с суицидальной идеацией не совершает суицида. Он писал, что для совершения самоубийства необходимо как желание, так и возможность это сделать. Данная возможность включает, помимо доступности средств совер-

шения суицида, приобретенную способность к этому. Приобретенная способность к суициду предполагает наличие факторов, содействующих переходу от суицидальных тенденций к суицидальным действиям. Таким образом, суицидальное действие возможно при наличии следующих составляющих: собственно суицидальные мысли и побуждения, импульсивность (в том числе вызываемая генетической предрасположенностью и аномалиями серотонинергической системы), опыт совершения суицидальных попыток или самоповреждающих действий, а также опыт военных действий и/или плохого обращения в детстве. Приобретенная способность к суициду, вызванная совокупностью этих факторов, выражается в сниженном страхе перед смертью и повышенной толерантности к боли (Joiner T.E., et al., 2009).

Klonsky и May, опираясь на межличностную теорию Т. Джойнера, а также теоретические концепции А. Бека и Э. Шнейдмана о роли безнадежности и душевной боли в суицидальном поведении, разработали трехшаговую модель суицидального поведения:

- 1) комбинация боли и безнадежности приводит к развитию суицидальной идеации;
- 2) если боль и безнадежность превышают чувство принадлежности, человек переживает сильную суицидальную идеацию;
- 3) если человек способен совершить суицид, он переходит к суицидальной попытке.

Душевная боль подразумевает под собой характеристику состояния. Понятие интегрируется с другими психологическими теориями суицидального поведения: источником душевной боли могут быть социальная изоляция, отсутствие принадлежности, негативное самоотношение, разрыв между представлением о себе и идеализированным «стандартом» и другие психологические особенности и личностные характеристики (Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y., 2016).

Эдвин Шнейдман, автор концепции душевной боли, говорит о том, что она может быть выражена неудовлетворенностью любой значимой потребности и играет роль в суицидальном поведении тогда, когда воспринимается человеком как чрезмерная или невыносимая (Shneidman E.S., 1993). Душевная боль — это эмоциональный компонент состояния, приводящего к возникновению суицидальных тенденций.

Состояние безнадежности Klonsky и May понимают как отсутствие надежды на избавление от боли. Безнадежность, согласно А. Беку, — это негативные ожидания в отношении будущего. Последователи когнитивной теории в исследованиях суицидального поведения показали, что безнадежность вызывает многочисленные когнитивные искажения и более связана с суицидальным поведением, чем депрессия или дефицит навыков решения проблем, вклад которых она предположительно опосредует (Beck A.T., Wenzel A., 2008). Таким образом, безнадежность — это когнитивный компонент состояния, приводящего к возникновению суицидальных тенденций.

Чувство принадлежности понимается Klonsky и May в широком смысле как связь с другими людьми или с каким-либо интересом, ролью, проектом или любым чувством смысла, которое сохраняет включенность человека в жизнь (Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y., 2016). Чувство принадлежности в этом контексте выходит за рамки понимания Джойнера и ближе к обобщенному защитному фактору, основанному на наличии смысла, связи с сообществом и других причин для жизни.

Концепции суицидального поведения и защитные факторы в подростковом возрасте и в период ранней взрослости

Период подросткового возраста всегда рассматривался как один из пиков в статистике суицидов, однако в последнее время наблюдается тенденция к росту самоубийств среди самой молодой части населения — детей и подростков (Розанов В.А., 2014). Высокая вероятность суицидальных тенденций в подростковом возрасте обусловлена многими факторами, связанными с физиологическими, эмоциональными, психологическими и социальными изменениями, происходящими в пубертате. Особенно критическим является возраст 15–19 лет (Anderson R.N., 2002). Статистические данные показывают, что суицид является четвертой причиной смерти среди мальчиков и третьей — среди девочек 15–19 лет (Wasserman, 2005). Россия в этом плане остается страной со стабильно высокими показателями. Например, в обзоре статистических показателей подростковых самоубийств, отражающем положение на начало 2000-х годов и охватывающем широкий круг стран, на первых местах оказались Россия, Литва, Финляндия и Новая Зеландия, на другом полюсе (самые низкие показатели) — Португалия, Греция и Египет. В то же время на самом первом месте с запредельно высоким уровнем находится Шри-Ланка (Apter A., 2009).

В целом, для подросткового суицида справедливы все те положения и утверждения, которые были описаны для суицидального поведения в предыдущих подразделах. Однако стоит отметить, что подростковый возраст обладает специфическими особенностями, которые отражаются и на суицидальном поведении. При рассмотрении современных психологических концепций суицидального поведения у подростков требуется учитывать кризисный характер этого возрастного периода в сочетании с несовершенством эмо-

ционально-волевой регуляции, высокой эмоциональной и личностной уязвимостью, актуальностью процесса формирования идентичности и картины мира, особой ролью межличностных отношений и социальных связей.

Отечественные подходы традиционно акцентировали внимание на клинико-психологических механизмах суицидального поведения. Согласно А. Г. Амбрумовой отличительные черты подростковой суицидальности — это недостаточно критичная оценка подростками последствий суицида, недооценка родителями серьезности имеющихся у подростка мотивов и поводов для совершения самоубийства, связь суицида и суицидальных попыток с другими видами девиантного поведения (Амбрумова, 1978).

А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян в 1998 году разработали многофакторную психосоциальную модель расстройств аффективного спектра при анализе факторов суицидального риска у подростков. В соответствии с выделенными в этой модели блоками (макросоциальным, семейным, личностным и интерперсональным) А. Б. Холмогорова и С. В. Воликова выделили значимые для суицидального поведения подростков факторы: в макросоциальной группе — массовая алкоголизация; в семейной — утрата близких, а также насилие и жестокое обращение; в личностной — перфекционизм, социальная тревожность, неспособность совладать со стрессом; в интерперсональной — проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и школьная дезадаптация (Холмогорова, Воликова, 2012). Как видно из этих данных, перечисленные факторы вполне согласуются с теми, которые были определены для суицидального поведения в целом (например, перфекционизм, неадаптивные когнитивные стили и копинг-стратегии, одиночество и недостаток принадлежности).

Особенность еще одного отечественного подхода к трактовке подросткового суицида состоит в выделении «аддиктивной» формы суицидального поведения, при которой повторяющиеся суицидальные попытки становятся для под-

ростка привычной формой реагирования на стресс (Попов, 2005).

В зарубежной психологии в настоящее время большинство концепций суицидального поведения, в том числе подросткового, основываются на предложенном Т. Манном подходе с использованием диатез-стрессовой модели. Большинство концепций при этом сосредоточены на поиске факторов, формирующих уязвимость к суициду. Так, например, Спирито (Spirito) с соавторами отмечают, что в подростковом возрасте уязвимость обусловлена сочетанием врожденной предрасположенности к психопатологическим проявлениям и раннего травматического опыта в семье и/или среди сверстников (например, буллинга). Подростки, имеющие такую предрасположенность, демонстрируют дезадаптивные когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции на стресс. В сложных ситуациях такие подростки испытывают более высокий уровень аффективного возбуждения, чем подростки без подобной отягощенности. Это связано с серьезными когнитивными искажениями при восприятии стрессовой ситуации и слабыми навыками принятия адаптивных решений. Вкупе со сложностями аффективной регуляции, недостатком когнитивной пластичности и поведенческими дисфункциями происходит снижение стрессовой устойчивости, что способствует появлению суицидальных мыслей и приводит к суицидальной попытке (Spirito A., 2011).

В рамках диалектико-поведенческого подхода Миллер (A. Miller) с соавторами, рассматривая проблему подросткового саморазрушающего и суицидального поведения, продолжают традицию трактовки такого поведения, принятой для взрослых пациентов, как проявления пограничного личностного расстройства (ПРЛ). Учитывая сложность выявления данного расстройства в подростковом возрасте, автор предлагает диагностировать ПРЛ у подростков по аналогии со взрослыми пациентами, рассматривая такие пове-

денческие признаки, как самоповреждение, спутанность идентичности, склонность к нанесению самоповреждений, употребление алкоголя и нарушение пищевого поведения в качестве характерных для подросткового возраста проявлений ПРЛ (Miller A., et al., 2007).

В еще одном исследовании на большой выборке студентов (средний возраст – 18 лет) подтвердилась значимость трех факторов депрессии, безнадежности и душевной боли. При этом в отношении суициdalной идеации большим весом обладал фактор безнадежности, а фактор душевной боли значимо лучше предсказывал появление суициdalного поведения и подготовки к самоубийству (Troister T., Holden R., 2013).

Уже упоминавшаяся выше межличностная теория Джойнера подвергалась многочисленным эмпирическим проверкам, в том числе с участием групп подростков. Исследования, проведенные на подростковых выборках, показали применимость ее конструктов в тех случаях, когда подростки уже имели признаки суициdalного риска вследствие межличностных проблем. Одно из таких исследований показало, что утраченное чувство принадлежности (в том числе в семье) в сочетании с высоким уровнем воспринимаемой обременительности для других ассоциируется с более высокой частотой и тяжестью мыслей о суициде (Opperman K., et al., 2015). Другое исследование показало, что утраченное чувство принадлежности и приобретенная склонность к суициду не позволяют предсказывать появление суициdalной идеации у подростков, то есть не обладают достаточной прогностической способностью в этой возрастной группе. Специфические факторы риска и наблюдение их динамики позволяют лучше прогнозировать риска суицида у подростков (Leventhal K., 2014).

Клиническое исследование среди подростков, имеющих тревожное или депрессивное расстройство и демонстрирую-

ющих симптомы суицидального поведения, показало, что воспринимаемая собственная обременительность может влиять на суицидальность, а утраченное чувство принадлежности — усиливать симптомы депрессии. Таким образом, межличностная концепция суицида для подростков может быть признана действенной лишь отчасти (Miller A.B. et al., 2015).

Вслед за Klonsky и May, попытавшихся ответить на вопрос о том, при каких условиях суицидальная идеация переходит в суицидальную попытку, один из ведущих специалистов по современной суицидологии, Рори О'Коннор, разработал трехкомпонентную интегративную мотивационно-волевую концепцию суицидального поведения для подросткового возраста (O'Connor R.C., 2011). Согласно этой концепции мотивационная фаза состоит из трех стадий, которые последовательно переходят одна в другую, отражая динамику суицидальной мотивации. Первая часть — «неудачи и поражения» — связана с действием множественных или хронических стрессоров, воспринимаемых как собственное фиаско, и сопровождается ощущением беспомощности. Вторая часть — «ощущение ловушки» — связана с переживанием безнадежности и субъективным видением суицида как единственного выхода из сложившейся ситуации. Третья часть — «суицидальное намерение» — логически вытекает из ощущения ловушки и при определенных условиях может привести к суицидальной попытке. Переход от одной мотивационной стадии к другой поддерживается модераторами — про- или антисуицидальными факторами. На предсуицидальном этапе фоновые факторы (то, что в других концепциях обозначено как предрасположенность к суициду, например, нервно-психическая конституция подростка, особенности личности) и тяжелые жизненные события (например, утрата или разрыв отношений) формируют биосоциальный контекст для самоубийства.

Три компонента модели можно представить следующим образом:

- 1) предварительная мотивационная фаза (фоновые факторы, контекст);
- 2) мотивационная фаза (три стадии);
- 3) волевая фаза (суицидальное действие).

В качестве резюме можно отметить, что современные модели суицидального поведения, характерные именно для подростков, включают биографические переменные: детский травматический опыт, в том числе в семейных отношениях и в среде сверстников (в частности, буллинг); проживание с родителем, имеющим депрессивное расстройство; биологические факторы: предрасположенность к психопатологиям, особенно к ПРЛ; отличительные черты серотонинергической системы; психологические факторы: импульсивность, агрессивность, перфекционизм, социальную тревожность, одиночество и когнитивные искажения (Сыроквашина К.В., 2017). К поведенческим факторам также можно отнести другие эпизоды отклоняющегося поведения и опыт самоповреждения, в особенности предшествующие суицидальные попытки.

Говоря о концепциях суицидального поведения в подростковом возрасте, необходимо уделить внимание не только факторам риска, но и защитным обстоятельствам. Многие авторы суицидальных моделей отмечали, что риск совершения суицидальной попытки должен определяться исходя из имеющихся или отсутствующих факторов риска и антисуицидальных обстоятельств. К защитным факторам большинство исследователей относит социальную поддержку или чувство принадлежности, оптимизм и когнитивную гибкость (Брайан К., Радд Д., 2021). В исследованиях, проведенных в подростковой или юношеской выборке, среди основных защитных факторов указываются коммуникативные способности в сочетании с потребностью в привязанности. Так, Сафуанов Ф.С. и Сочивко О.И. выделили антисуицидаль-

ный фактор, включающий стремление к установлению эмоциональных отношений, потребность быть принятным окружающими, потребность в зависимости, потребность быть среди людей (Сафуанов Ф.С., Сочивко О.И., 2019). К. А. Чистопольская с коллегами отметила, что подростки и люди молодого (до 26 лет) возраста выделяют среди основных причин для жизни три блока: 1 — способность к выживанию и совладанию; 2 — боязнь суицида, осуждения и моральный запрет; 3 — ответственность перед семьей и детьми. Кроме того, отмечается, что такой конструкт, как жизнестойкость, показывает высокую негативную связь с душевной болью и безнадежностью (Чистопольская К.А. и др., 2017), что может свидетельствовать о его высоком антисуицидальном потенциале.

Несуицидальное самоповреждающее поведение и суицид

Если суицид — это преднамеренное лишение себя жизни, то несколько иной подход к определению суицидального поведения прослеживается в представлениях о латентных формах суицида, опирающихся на психоаналитическую традицию. Так, Э. Шнейдман называет скрытым самоубийством смерть, в которой «умерший сыграл бессознательную, косвенную, скрытую роль в своей кончине, ускорив приближение смерти», а также приближение собственной смерти путем вовлечения в опасные для здоровья ситуации (Шнейдман Э., 2001). В поведенческой парадигме такие формы поведения относят к саморазрушающему либо рискованному поведению.

Саморазрушающее поведение — это поведение человека, представляющее угрозу для его собственной жизни, ущерб для его физического здоровья, духовного и нравственного развития или будущего социального статуса (Попов Ю.В., 2003). Саморазрушающее поведение, как и скрытый суицид, необязательно подразумевает сознательное намерение лишить себя жизни. Так, к саморазрушающему поведению относят, например, наркоманию, которая далеко не всегда имеет целью самоуничтожение. В рамках данного пособия виды саморазрушающего, или «скрытого суицидального», поведения интересуют нас в том отношении, что наличие многих из этих типов поведения статистически связано с риском суицида и может быть вызвано общим фактором (например, депрессивной симптоматикой). Отдельно мы выделяем самоповреждающее поведение — поведение, направленное на причинение себе физического вреда, как разновидность саморазрушающего поведения, наиболее приближенную к суицидальному как с точки зрения вклада в оценку риска суицида, так и с точки зрения сходных предрасполагающих

личностных особенностей и частичного взаимоперекрытия терминов.

Наконец, «латентные формы суицида» и саморазрушающее поведение в научной литературе могут концептуализироваться как частные случаи рискованного поведения. Понятие рискованного поведения особенно распространено в клинической литературе, делающей акцент на рисках для здоровья совершающего. Однако рискам для здоровья часто сопутствуют социальные риски (особенно в случае социально неприемлемого поведения), и они не исключаются из рассмотрения. Суицидальное поведение, не закончившееся смертельным исходом, но опасное для жизни, без сомнения, может быть отнесено к крайней форме рискованного поведения. То же может быть сказано и о парасуицидальном поведении.

Тема самоповреждающего поведения имеет особую актуальность еще и в связи с целевой аудиторией данного методического пособия, коей являются подростки и молодые люди в возрасте до 25 лет. Несуицидальное самоповреждающее поведение является для данной возрастной группы высоко распространенной формой поведения и часто рассматривается как один из факторов риска суицидального поведения. Более того, некоторые авторы рассматривают его как один из этапов развития суицидального поведения (Попов, 2003).

Динамика суицидального поведения

Как уже было сказано выше, суицид — это процесс, а не событие. Понимание суицида как процесса позволяет выявить некоторые закономерности его развития, определить характеристики и признаки этапов, которые проходит человек до принятия решения о самоубийстве, и дает возможность вмешаться в этот процесс до того, как решение о смерти будет реализовано. Одним из первых, кто занялся исследованием симптомов, предшествующих суициду, был австрийский психиатр и невролог Эрвин Рингель (E. Ringel). Он ввел в психиатрию понятие предсуицидального синдрома, в котором ключевыми являлись феномены сужения сознания, сдерживаемой и направленной на себя агрессии и фантазии о смерти и суициде. Сужение сознания проявляется и в том, что человек перестает замечать варианты выхода из проблемной ситуации, становится пассивным, ригидным, у него снижается действие эго-защит. Кроме того, предсуицидальный синдром проявляется в сокращении межличностных отношений, изоляции, снижении ценности собственного «Я», окружающего мира и других людей. Позднее Рингель определил это как невроз искажения жизни, который, не будучи прерванным, приводит к самоубийству (Ringel E., 1978).

W. Poeldinger описал пресуицид как ряд последовательных стадий. На стадии решения человек рассматривает суицид как вариант решения проблемы. Происходит обращение на себя агрессии, усиленной изоляцией. Стадия амбивалентности характеризуется внутренней борьбой между конструктивными и деструктивными силами в человеке, нерешительностью. Возникают суицидальные угрозы, частично как призывы о помощи, выполняющие успокаивающую функцию. Человек желает и жить, и умереть, но если жить, то по-другому. Затем суицидент принимает решение и становится спокойным — неожиданно для близких, обычно заключающих, что опасность миновала. Инфантильные, эксплозивные,

психопатические личности, психотические больные проходят стадии очень быстро, тогда как у больных с психогенными реакциями, депрессиями стадия амбивалентности длится дольше (Poeldinger W., 1968).

Обобщая данные, изложенные в предыдущих подразделах, динамику суицидального поведения у подростков можно представить как следующие стадии:

- 1 — мысли (когда подросток думает о суициде как о возможном способе решения проблем);
- 2 — намерения (когда подросток приходит к выводу, что суицид является единственным решением, продумывает способ, время и место возможного ухода из жизни, но пока ничего не предпринимает);
- 3 — действия (когда подросток совершает определенные действия для подготовки к суициду и предпринимает попытку);
- 4 — в случае незавершенного суицида можно также выделить этап постсуицидального кризиса.

Стоит отметить, что современные научные исследования суицидального поведения практически не используют в своей терминологии понятие кризиса, опираясь в большинстве случаев на концепцию стресса. Но не стоит забывать, что концепция стресса была предложена физиологами и отражает, в первую очередь, физиологические процессы, происходящие в организме при столкновении с новой или угрожающей ситуацией. Однако сегодня очевидно, что понятие стресса является недостаточно полным, чтобы описать те сложные процессы, которые происходят с человеком при переживании тяжелой жизненной ситуации и, в конечном счете, приводят к суициду.

С точки зрения психологической помощи, в ситуациях суицидального риска более применимым и полезным оказалось понятие кризиса, раскрывающее динамику когнитивных и эмоциональных процессов, имеющих место на предсуицидальном и суицидальном этапах. Кризисная психология

рассматривает суицид как процесс нарастающего кризиса, пиком которого является суицидальная попытка. Далее в пособии мы будем опираться на это понимание суицида как наиболее подходящее для психологической практики.

В понятиях кризиса и стресса есть много общего, в частности, причина — новизна или нестандартность условий, на которые приходится реагировать. *Что же такое кризис?* До сих пор не существует единого определения. Б. Д. Карвасарский определил кризис как острое эмоциональное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, как дискретный момент развития личности (Карвасарский Б.Д., 1998). Кризис часто протекает на фоне сильного негативного аффекта и сопровождается субъективным ощущением «тупика», которое в определении Карвасарского обозначено как «блокирование целенаправленной жизнедеятельности человека». Очевидно, что выбор суицидального действия является крайним проявлением кризисного состояния, его пиком. Для полной картины рассмотрим динамику кризисного состояния. Она включает три фазы (Бадхен, А.А., Родина А.М., 2014):

1. Стадия нормальной адаптации.

- а. На этой стадии человек использует привычные способы решения проблем, пытается использовать прежние модели поведения и собственные ресурсы. На этой стадии он практически никогда не обращается за помощью, так как уверен в успехе и не видит смысла в привлечении сторонних ресурсов. Многие проблемные ситуации разрешаются на этой стадии, и кризиса не возникает.
- б. Человек использует прошлый опыт и привычные механизмы защиты — делает так, как всегда делал.
- с. Человек сохраняет перспективу и гибкость в подходах к решению, видит различные аспекты ситуации, способен менять тактику, но часто не хочет этого делать, так как не считает необходимым (уверен в успехе).

- d. Напряжение и релаксация сбалансираны на этой стадии.
 - e. Человек не обращается за профессиональной помощью, поскольку не чувствует потребности.
2. Стадия мобилизации.
- a. Происходит дальнейший рост напряжения, оно начинает преобладать над релаксацией.
 - b. Возникает ощущение неуверенности в благополучном разрешении проблемы, растет страх перед проблемой и ее последствиями.
 - c. Человек мобилизует новые ресурсы — внешние и внутренние; ищет источники помощи, информацию, новые пути преодоления, но страх и напряжение часто заставляют его отвергать новое на этой стадии и возвращаться к старым, проверенным схемам. Человек и хотел бы поменять тактику, но уже не способен — новое поведение трудно усваивается.
 - d. Уменьшается гибкость в подходе к проблеме, происходит фиксация на одной, как правило, самой неблагополучной ее стороне, остальные аспекты ситуации ускользают от внимания.
 - e. На этой стадии человек нуждается в помощи и открыт для нее.
3. Критическая стадия.
- a. Растет тревога, появляется чувство беспомощности, безнадежности и паники. Это приводит к дезорганизации личности.
 - b. Возникает эмоциональный и интеллектуальный хаос — спутанные мысли и чувства; немотивированное, неадекватное поведение — страх безумия.
 - c. Разрушаются привычные механизмы защиты, привычные копинг-стратегии больше не работают — усиливается паника.
 - d. Происходит крах системы поддержки — близкие и друзья больше не воспринимаются как источник помощи.

Человек чувствует изоляцию независимо от того, есть или нет в реальности социальная поддержка. Субъективно он ощущает, что находится со своей проблемой один на один.

- е. Фиксация на одной стороне проблемы усиливается, возникает суженное или «тоннельное» сознание, когда человек не способен видеть ничего вокруг, кроме той части проблемы, на которой произошла фиксация на предыдущей стадии.
- ф. Человек может обращаться к крайним формам разрешения проблемы: насилию, преступлению, суициду и другим асоциальным формам поведения.

Кризис может закончиться на любой из перечисленных стадий, если трудная ситуация исчезнет или решение будет найдено. Если кризисная ситуация не разрешается и продолжается на протяжении более месяца, возрастает риск суицида или психологической травмы. Серьезность последствий лишний раз подтверждает требование к срочности и эффективности помощи в кризисном состоянии, особенно в случае подросткового возраста, когда присутствуют трудности с эмоциональной регуляцией и недостаточность психологических защит.

Последняя, критическая стадия развития кризисного состояния применительно к концепциям суицидального поведения, представленным в предыдущих подразделах, отражает процесс воздействия ситуационных факторов или триггеров, которые, накладываясь на исходные или фоновые факторы (уязвимость к суициду), приводят к актуализации суицидального поведения. Как уже было отмечено при рассмотрении концепций суицидального поведения, разработанных на основе стресс-диатезной модели, при высоком исходном уровне уязвимости к суициду подростку будет достаточно небольшого стресса, чтобы запустился процесс развития суицидального кризиса. Однако важно отметить, что на процесс развития кризиса серьезное влияние оказы-

вают также антисуицидальные, защитные факторы. Вероятный исход суицидального кризиса, таким образом, будет являться результирующей действия всех этих переменных: 1) тяжесть исходных факторов, формирующих уязвимость к суициду; 2) степень личностной угрозы или новизны ситуационных факторов или триггеров, спровоцировавших кризис; 3) выраженность антисуицидальных или защитных факторов.

Конечно, многие исследователи суицидального поведения пытаются выстроить модель, которая обладала бы достаточной прогностической силой, чтобы суметь предсказать вероятность суицидальной попытки у конкретного подростка. Однако, как видно из данного обзора, суицидальное действие является настолько комплексным феноменом, что на данном этапе эта задача представляется далекой от реальности.

В психологической практике более эффективной стратегией предотвращения подросткового суицида, вероятно, является повышенное внимание со стороны ближайшего окружения к эмоциональным и поведенческим проявлениям подростка. Подросток начинает демонстрировать признаки суицидального риска практически сразу, как только этот риск появляется, и самыми различными способами подает сигналы о том, что думает об уходе из жизни. Однако эти сигналы могут быть завуалированы и неявны. Именно поэтому важно, чтобы взрослые, которые окружают подростка и отвечают за его благополучие (включая родителей и специалистов), хорошо знали эмоциональные и поведенческие признаки, говорящие о вероятном наличии у подростка суицидальных мыслей и намерений; были чувствительны к этим признакам (в том числе к самым ранним, единичным проявлениям суицидального поведения), не боялись говорить с подростком или молодым человеком о том, что с ним происходит, а также были готовы и знали, куда направить его для получения помощи.

Чтобы повысить эффективность работы по предотвращению суицидов среди подростков, необходимы обучающие мероприятия и супервизии, направленные на повышение компетентности родителей и специалистов в вопросах выявления сигналов риска и построения поддерживающего, доверительного диалога с подростком. Помимо этого, специалистам нужны понятные инструменты, которые они могли бы использовать в ежедневной практике. Примерами таких инструментов могут служить чек-листы, включающие перечень тревожных признаков и проявлений суицидального риска у подростка, разработанные специалистами Межрегиональной общественной организации поддержки семьи, материнства, отцовства и детства «Врачи детям», факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета и государственного казенного общеобразовательного специального учебно-воспитательного учреждения Школа №2 (открытого типа) Санкт-Петербурга (Практикум по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних, 2025).

Один из этих инструментов — чек-лист «Наблюдаемые в поведении несовершеннолетнего тревожные сигналы и признаки суицидального поведения» (Приложение 1) — может быть полезен в практической работе специалистов системы образования и социального обслуживания: психологов, учителей (в особенности классных руководителей), социальных педагогов, воспитателей и иных специалистов, непосредственно общающихся с подростками и имеющих возможность регулярно наблюдать за их поведением и эмоциональным состоянием. Поведенческие и эмоциональные признаки возможного риска разбиты на два списка. В первом — признаки суицидального риска — собраны сигналы, которые с большой вероятностью говорят о наличии у подростка суицидальных мыслей или намерений. При выявлении таких сигналов рекомендуется как можно скорее предпринять шаги,

направленные на прояснение ситуации и оказание помощи подростку. К этим признакам отнесены следующие:

- подросток прямо заявляет о желании умереть (в том числе говорит об этом, рисует соответствующие сюжеты, пишет сообщения, записки и пр.);
- проявляет озабоченность темой смерти (размышляет о смерти, выбирает соответствующие темы для сочинений, проявляет интерес к произведениям искусства, связанным с темой смерти и/или самоубийства, и пр.);
- раздает свои вещи, имеющие субъективную значимость;
- транслирует ощущение безнадежности (на словах, в действиях);
- наносит себе повреждения;
- угрожает причинить вред себе;
- демонстрирует внезапное улучшение состояния на фоне продолжающихся трудностей и нерешенных проблем;
- демонстрирует негативное отношение к себе (в том числе через самокритику, обвинение себя и пр.)

Во втором списке собраны сигналы, которые могут говорить о том, что подросток находится в сложном эмоциональном состоянии, переживает кризис или иную непростую ситуацию, однако необязательно думает о суициде. К таким признакам отнесены, например, следующие: подросток долгое время находится в грустном, подавленном состоянии, демонстрирует безразличие ко всему, апатию, часто тревожится, имеет невротические привычки (например, грызет ногти или карандаши, постоянно теребит волосы и т.п.), избегает социальных контактов, малообщителен, замкнут, демонстрирует импульсивность в поведении и эмоциях и пр. При выявлении данных признаков важно прояснить ситуацию, чтобы понять, с чем именно связано состояние подростка, и при необходимости организовать необходимую помощь и поддержку.

Признаки и сигналы, включенные в чек-лист, были определены посредством анализа отечественных и зарубежных

материалов по раннему выявлению суициdalного риска (напр., Joe S., Bryant H., 2007), а также основывались на опыте оказания психологической помощи подросткам с суициdalным поведением специалистов организаций, участвовавших в разработке чек-листа.

В целом важно отметить, что риск суицида в подростковом возрасте достаточно высок. К причинам этого можно отнести повышенные требования социальной среды, некоторые особенности самого возраста (импульсивность, эмоциональную реактивность и др.); изменение характера проблем и стрессов, с которыми сталкиваются подростки, и при этом недостаточные навыки решения проблем и отсутствие предыдущего опыта, на который подросток мог бы опереться.

Однако, как было показано выше, суицид не совершается внезапно. Суициdalное поведение формируется под влиянием совокупности факторов. Эдвин Шнейдман, которому в своей профессиональной практике приходилось изучать тысячи личных историй людей, совершивших суицид, и их посмертных записок, отмечал, что абсолютно все из суицидентов перед смертью подавали множество сигналов о помощи (Шнейдман Э., 2001). В ряде случаев у автора вызывало удивление то, в какой степени друзья, близкие и родные могли не понимать знаки суицидента, явно свидетельствовавшие о его суициdalных намерениях.

Вероятно, этот факт можно объяснить страхом, который связан с темой смерти и суицида практически в любом обществе, а также действием психологических защит. Мысли о возможности смерти — собственной или кого-то из близких — порождают очень сильную тревогу, поэтому вытесняются или избегаются сознанием. Всё это порождает большое количество предрассудков, касающихся данной темы.

Предрассудки — это широко распространенные в обществе ошибочные суждения, не подтвержденные научно, основанные на верованиях, слухах, стереотипах и некритическом восприятии мнений. Предрассудки, которые существ-

вуют в сознании специалиста относительно подростковых суицидов, мешают позитивным действиям при выявлении суицидального поведения и не позволяют принимать необходимые меры в отношении человека с суицидальным поведением (Бебчук М.А. и др., 2019).

Приведем некоторые, наиболее распространенные предрассудки о суицидальном поведении, которые важно разбить со специалистами, чтобы повысить эффективность их работы по предотвращению подростковых суицидов.

«Нельзя спрашивать человека о том, есть ли у него суицидальные мысли, так как это может привести его к суициду».

Факт: реальность показывает, что говорить и спрашивать о суицидальных мыслях нужно, такая беседа не порождает и не увеличивает риск суицида, напротив, снижает его. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства о человеке чаще всего является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов предотвращения самоубийства.

Рекомендация: спрашивать и слушать без осуждения, спокойно. Не стоит спорить и стараться снизить влияние суицидальных идей на человека.

«Человек, который на самом деле хочет покончить с жизнью, не говорит об этом».

Факт: большое количество людей с суицидальными намерениями прямо выражает свое желание покончить с жизнью, а другие позволяют увидеть и услышать их намерения с помощью косвенных сигналов.

Рекомендация: очень важно различать сигналы тревоги. Любая суицидальная угроза должна восприниматься серьезно.

«Человек, который выражает желание покончить с жизнью, на самом деле никогда этого не сделает».

Факт: многие люди, которые пытались покончить с собой, сначала выражали свое желание словами, угрозами, невербальными сигналами или изменениями в поведении.

Рекомендация: такие высказывания никогда не должны рассматриваться как демонстрация, шантаж или манипуляция. Нельзя провоцировать человека на совершение суицида, бросать ему вызов.

«Только люди с серьезными проблемами кончают жизнь самоубийством, а дети и подростки не убивают себя, только угрожают».

Факт: вариантов и причин суицида очень много. Некоторые проблемы, которые кажутся взрослым чем-то обыденным и несерьезным, в глазах подростка могут выглядеть катастрофическими, провоцировать болезненные переживания, что вместе со склонностью к импульсивным поступкам способно привести к суициду.

Рекомендация: попытки оценить серьезность и глубину переживания с нашей собственной точки зрения могут привести к тому, что мы недооценим боль, которую эта проблема может причинять другому человеку.

«Самоубийца определенно желает умереть и будет неоднократно предпринимать попытки, пока не покончит с собой. Оказывать таким людям помощь, по большому счету, бесполезно».

Факт: переживания большинства людей с суицидальным риском и намерениями на самом деле амбивалентны. Лишь очень немногие полностью уверены в своем однозначном решении покончить с жизнью, остальные же остаются открытыми для помощи. Большая часть людей, в то или иное время своей жизни имевших суицидальные намерения, находит способ продолжать жить дальше.

Рекомендация: важно помнить, что основное переживание людей с суицидальными намерениями, искающее их представление о реальности, — отчаяние, убежденность в том, что это страдание никогда не закончится. Отчаяние вызывает эффект суженного сознания, в результате чего человек фокусируется на негативных сторонах своей жизни и не ви-

дит объективной картины. Возвращение к адекватному состоянию сознания помогает увидеть причины для жизни.

«Люди с суицидальным поведением психически больны, им ничем нельзя помочь».

Факт: реальность показывает, что, хотя наличие психического заболевания является фактором суицидального риска, среди людей, которые совершают суицид, большинство относится к клинической норме и не страдает психическими заболеваниями. Что касается подростков и молодых людей до 25 лет, суицидальные попытки в этой группе связаны с возрастными особенностями, которые приводят к высокому риску.

Рекомендация: кризисные состояния в большинстве своем являются преходящими, их интенсивность снижается по мере получения соответствующей помощи.

Контрольные вопросы к разделу 1

1. Что такое парасуицидальное поведение?
2. Перечислите основные факторы суицидального риска.
3. Приведите основные концепции, объясняющие суицидальное поведение.
4. Опишите основные положения модели «диатез-стресса».
5. Назовите поведенческие и эмоциональные признаки суицидального риска у подростков.
6. Почему в подростковом возрасте риск суицида возрастает?
7. Какие этапы можно выделить в динамике суицидального поведения?
8. Вспомните не менее трех предрассудков о суициде, характерных для нашей культуры.

Рекомендуемая литература к разделу 1

1. Амбрумова А.Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения: методические

- рекомендации / А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова. — М., 1991. 17 с.
2. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суициdalных действий в детском и подростковом возрасте. — М., 1978. 13 с.
 3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. 4: 91–102.
 4. Бадхен А.А., Родина А.М. Мастерство психологического консультирования. — СПб: Речь, 2014. 240 с.
 5. Бебчук М.А., Басова А.Я., Безменов П.В., Рытик Э.Г., Северина Ю.В., Залманова С.Л. Особенности суициdalного поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ». — М.: 2019. С. 12–13.
 6. Брайан К.Дж., Радд М.Д. Когнитивно-поведенческая терапия для предотвращения суицида.: пер. с англ. — СПб: Диалектика, 2021. 464 с.
 7. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/89126> (доступ на 03.01.2025).
 8. Зотов М.В. Суициdalное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Книга]. — СПб: Речь, 2006.
 9. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., в 2 т. — М.: Медицина, 1994.
 10. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Кризисная интервенция. — СПб: Питер, 1998. 226 с.
 11. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор // Консультативная психология и психотерапия. 2008. Том 16. №4. С. 58–82.
 12. Менninger К. Война с самим собой [Книга] / перев. Ю. Бондарев. — М.: ЭКСМО-пресс, 2001.

13. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архів психіатрії. 2003. Том 9, №4. С. 18–26.
14. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков [Журнал] // Возрастная психология: детство, отрочество, юность: хрестоматия / ред. В. С. Мухина, А. А. Хвостов. — М.: Академия, 2003. С. 449–451.
15. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2005. №2. С. 24–26.
16. Практикум по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних / Смыкало Л.В., Богомазова К.А., Батлук Ю.В., Шаболтас А.В., Суворова С.В., Майорова Т.О., Карловская К.В. // СПб: МОО «Врачи детям», 2025. 46 с.
17. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В., Семенова Н.В., Шаболтас А.В. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, №5. С. 101–109.
18. Розанов В.А. Роль взаимодействия генов и среды в формировании нарушений психического здоровья детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2012. №9. С. 97–102.
19. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков что происходит, и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5, №4(17). С. 16–31.
20. Сафуанов Ф.С., Сочивко О.И. Психологическая оценка суицидального риска: соотношение про- и антисуицидальных личностных факторов [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019. Том 9. №4. С. 211–224. DOI: 10.17759/psylaw.2019090415.
21. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. 2011. №2. С. 90–100.

22. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. Серия «Клиническая психология». — М.: Когито-Центр. 2005.
23. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017; 25(3): 60-75 DOI:10.17759/crp.2017250304.
24. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.
25. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012.
26. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаева Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности.// Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2017. Т. 14. №1. С. 61—87.
27. Шнейдман, Эдвин С. Душа самоубийцы / Эдвин С. Шнейдман; О. Ю. Донец. — М.: Смысл, 2001. 315 с.
28. Эрдынеева К. Г., Филиппова В. П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ). Учебное пособие. — М.: Академия естествознания. 2011.
29. Anderson R.N. Deaths: Leading causes for 2000 // National Vital Statistics Reports. — 2002. Vol. 50 (16). P. 1–85.
30. Apter A., Bursztein C., Bertolote J., Fleischman A., Wasserman D. Suicide in all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. P. 621–628.
31. Barzilay S., Apter A. Psychological Models of Suicide [Статья] // Archives of Suicide Research. 2014, 4: T. 18. P. 295–312.
32. Beck A.T. Depression. New York: Harper and Row, 1967.

33. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. Development of suicidal intent scales // The prediction of suicide / A.T. Beck, H.L.P. Resnik, D.J. Lettieri (Eds.). Bowie, MD: Charles Press, 1974.
34. Beck A.T., Wenzel A. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment [Статья] // Applied and Preventive Psychology. 2008. 4: T. 12. P. 18–201.
35. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003; 301:386–389.
36. Dean P.J., Range L.M. Testing the escape theory of suicide in an outpatient population // Cognitive theory and research. 1999. Vol. 23, №6. P. 561–572.
37. DeLisle M., Holden R. Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates // Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2009. Vol. 42, №1. P. 46–63.
38. Ellis T.E., Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients // Cognitive Therapy and Research. 1986. Vol. 10. P. 625–634.
39. Farberow N.L., Simon M.D. Suicides in Los Angeles and Vienna. An intercultural study of two cities // May 1969; 5–1969, Public Health Rep. 84(5): 389–403 URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/75073>.
40. Firestone R.W. The «inner voice» and suicide // Psychotherapy. 1986. Vol. 23, №3. P. 439–447.
41. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman E.M., Huang X., Musacchio K.M., Jaroszewski A.C., Chang B.P., Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research [Статья] // Psychological Bulletin. 2017 2: T. 143. P. 187–232.
42. Fredrickson B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // American Psychologist. 2001. Vol. 56. P. 218–226.
43. Hewitt P.L., Flett G.L., Weber C. Dimensions of perfectionism and suicide ideation // Cognitive therapy and research. 1994. Vol. 5, №18. P. 439–460.

44. Joe S., Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools // Children and School, 2007 October 1; 29(4): 219–227.
45. Joiner Jr. T.E. Why people die by suicide. Cambridge, M.A. Harvard University Press, 2005.
46. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al. Main Predictions of the Interpersonal — Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults // J. of Abnormal Psychol. 2009. Vol. 118, №3. P. 634–646.
47. Klonsky E. D., May A. M., Saffer B. Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation [Статья] // Annual Review of Clinical Psychology. 2016 1: T. 12. P. 307–330.
48. Leventhal K. Suicidal behavior in adolescence: investigation of the interpersonal psychological theory in a high risk sample. PhD Dissertation. Kent State University, 2014.
49. Linehan M., Camper P., Chiles J., Strosahl K., & Shearin E. Interpersonal problem solving and para-suicide // Cognitive Therapy and Research. 1987. Vol. 11. P. 1–12.
50. Mann J.J., Currier D. A review of prospective studies of biological predictors of suicidal behavior in mood disorder. Archives of Suicide Research 2007; 11: 3–16.
51. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients [Статья] // Am J Psychiatry. 1999 2: T. 156. P. 181–189.
52. Miller A.B., Esposito-Smythers C., Leichtweis R.N. A short-term, prospective test of the interpersonal—psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample // Suicide and life-threatening behavior. 2015. Vol. 46 (3). P. 337–351.
53. Miller A., Rathus J., Linehan M. Dialectical behavioral therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press, 2007. 346 p.
54. Nock M.K., Hwang I., Sampson N., Kessler R.C., Angermeyer M., Beautrais A., Borges G., Bromet E., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R., Florescu S., Gureje O., Haro J.M., Hu C., Huang Y., Karam E.G., Kawakami N., Williams D. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal

- behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys [Статья] // PLoS Medicine. 2009 8: T. 6. P. 1–17.
55. Opperman K., Czyz E.K., Gipson P.Y., King C.A. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: an examination of the interpersonal theory of suicidal behavior // Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research. 2015. Vol. 19 (3). P. 385–400. doi:10.1080/13811118.2014.957451.
56. O'Connor R.C. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour // International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice / R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds). Chichester: John Wiley & Sons, 2011. P. 181–198. doi:10.1002/9781119998556.ch11.
57. Patterson A., Holden R. Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012. Vol. 42, №2. P. 147–156.
58. Poeldinger W. Die Abschaetzung der Suizidalitaet. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Stuttgart, 1968.
59. Rasmussen K., Slish M., Wingate L., Davidson C., Grant D. Can perceived burdensomeness explain the relationship between suicide and perfectionism? // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012. Vol. 42, №2. P. 121–128.
60. Ringel E. Das Leben wegwerfen? Reflexionen ueber Selbstmord. Wien, 1978.
61. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2000. Vol. 30. P. 18–33.
62. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicid-al psychiatric patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55. P. 49–55.
63. Quendano M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. [Статья] // World Psychiatry. 2014. 2: T. 13. P. 128–130.

64. Shneidman E.S. Final Contribution to Suicidology [Раздел книги] // Suicide in the Words of Suicidologists / авт. книги M. Pompili. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2010.
65. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2011. Vol. 20. P. 191–204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012.
66. Troister T., Holden R. Factorial Differentiating among depression, hopelessness and psychache in statistically predicting suicidality // Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2013. Vol. 46 (1). P. 50–63. doi:10.1177/0748175612451744.
67. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner TE: The interpersonal theory of suicide // Psychol Rev 2011, 117:574–600.
68. Wasserman D. (Ed.) Suicide. An unnecessary death. London: Martin Dunitz; 2001.
69. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15–19 // World Psychiatry. 2005. Vol. 4 (2). P. 114–120.

Раздел 2.

ДИАГНОСТИКА

СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Общие принципы диагностики суицидального риска

Говоря о диагностике суицидального риска и релевантных психодиагностических инструментах, необходимо отметить, что не существует методики, которая позволяет однозначно оценить степень суицидального риска и сделать точный прогноз относительно вероятности совершения суицида. Но это не означает, что в практической работе оценка суицидального риска не является необходимой. Оценка суицидального риска — это обязательный этап оказания помощи, который в том числе определяет приоритетные мишени психологической помощи. Чтобы результаты оценки были максимально точными, следует опираться на следующие общие принципы диагностики суицидального риска.

Принцип 1. Диагностика суицидального риска требует комплексного подхода. Суицидальное поведение и мысли важно рассматривать как отражение кризиса. Недостаточно оценить само по себе наличие суицидальных тенденций и уровень их выраженности. Нужно помнить, что суицидальный кризис имеет динамику, на его усиление или ослабление оказывают влияние многие факторы. Именно поэтому важен комплексный подход к диагностике, который будет учитывать все составляющие суицидального риска. Наиболее точные результаты позволяет получить диагностика, которая включает:

- оценку актуального состояния подростка и наличие актуальных суицидальных тенденций (в том числе выраженность тревоги и депрессивных тенденций, ощущение безнадежности, глобального одиночества, наличие суицидальных мыслей, намерений, плана и др.);
- учет индивидуальной динамики суицидального поведения и наличие суицидальных попыток в прошлом;
- анализ присутствующих в индивидуальной истории факторов риска и защитных обстоятельств, оценка вклада

этих факторов в формирование суицидального и анти-суицидального поведения.

Принцип 2. Диагностика суицидального риска должна рассматриваться как один из этапов психологической работы. Результаты диагностики должны помогать специалистам выстраивать дальнейшую работу с подростком и определять, какая именно помочь ему необходима. Например, к какому специалисту и в какую организацию следует маршрутизировать подростка для получения помощи или на что именно будет направлена работа психолога с подростком.

Принцип 3. Доверительный контакт с подростком — обязательное условие успешной диагностики. Наличие установленного доверительного контакта с подростком — это ключевой фактор точности диагностики. Без контакта психолога с подростком результаты могут быть недостаточно полными и достоверными. Если контакт не установлен или подросток не доверяет специалисту (психологу), скорее всего он не будет готов раскрывать информацию о своем суицидальном кризисе, в том числе будет стремиться дать социально желательные ответы.

Принцип 4. Диагностика суицидального риска должна осуществляться в динамике. Суицидальный риск — это динамическая характеристика, на которую, как уже было сказано, влияет множество факторов. Именно поэтому в работе с подростками, в поведении и состоянии которых присутствуют признаки суицидального риска, недостаточно провести диагностику однократно. Суицидальный риск может быть снижен благодаря оказанной кризисной помощи, однако если факторы, приводящие к суицидальному кризису, по-прежнему оказывают влияние на подростка, то риск вновь будет возрастать.

Принцип 5. Диагностика суицидального риска требует анализа факторов риска и защитных обстоятельств. Это позволит, с одной стороны, более точно прогнозировать вероятность совершения суицидальной попытки, а с друг-

гой — определить приоритетные мишени оказания помощи, необходимой для снижения суицидального риска.

При анализе факторов риска следует отделять те, что присутствуют в жизни подростка длительное время («фоновые», или «статические» — могут быть выражены неявно, периодически усиливаться или ослабляться), и «острые» («динамические» — однократные события или внезапные изменения, которые могут выступить триггером на фоне статических факторов).

Также важно анализировать факторы в прошлом (например, пережитое сексуальное насилие), в настоящем (например, тяжелые, конфликтные отношения с родителями, заниженная самооценка, высокая импульсивность) и в ближайшем будущем (потенциальные события, которые могут выступить триггером — например, предстоящий экзамен).

Необходимо учитывать факторы разных категорий: социальное окружение, психологические особенности самого подростка, физическое и психическое здоровье, внешние события и кризисы.

Анализ факторов, которые снижают суицидальный риск (защитные обстоятельства), осуществляется аналогично. Например, рассматриваем различные категории: наличие друга, который оказывает поддержку; сформированное критичное мышление, чувство юмора, ожидание похода на концерт любимого исполнителя и т.п.

Методы диагностики суицидального риска

Диагностика суицидального риска — это комплексный процесс, поэтому ее методы должны оценивать различные аспекты, формирующие этот риск. Разделим существующие методики оценки суицидального риска на различные группы в зависимости от того, что и каким образом оценивает методика.

По содержанию методы оценки суицидального риска можно разделить на **специфические и неспецифические**.

Специфичные методы позволяют определить уровень выраженности суицидального поведения (наличие суицидальных мыслей, намерений, предыдущих попыток и др.).

Неспецифические методы позволяют провести диагностику психологических факторов, играющих роль в возникновении и развитии суицидального поведения (общее состояние, настроение, тревожность, депрессия и др.).

По основному способу проведения методы оценки суицидального риска можно разделить на **бланковые методы и методы на основе интервью**.

Особенности бланковых методов:

- они стандартизированы;
- дают возможность групповой диагностики (например, когда она проводится с целью скрининга);
- позволяют получить наглядную оценку динамики состояния и дают возможность сравнения результатов;
- обеспечивают экономию времени специалиста;
- могут негативно влиять на качество контакта;
- применение бланковых методов увеличивает вероятность получения недостоверных результатов (например, если подросток не готов отвечать честно, предпочитает давать социально одобряемые ответы, плохо понимает формулировки вопросов, не может сам оценить свое состояние и т.п.).

Особенности методов, основанных на интервью:

- они способствуют установлению и поддержанию контакта;
- позволяют получить индивидуальную картину суицидального кризиса;
- повышают мотивацию подростка к последующей работе;
- помогают выстроить дальнейшие шаги по оказанию помощи, направленной на снижение суицидального риска, с учетом индивидуальной ситуации подростка и его особенностей;
- требуют от специалиста владения навыками установления и поддержания контакта, наблюдения, активного слушания (качество контакта будет напрямую влиять на результаты диагностики);
- возможна только индивидуальная диагностика;
- при анализе результатов и формулировании выводов возможно влияние субъективного мнения специалиста.

По значению, в котором выражен результат, методы оценки суицидального риска можно разделить на **количественные и качественные**.

Количественные методы позволяют получить результаты, выраженные в числовом значении. Как правило, такая оценка осуществляется с помощью бланковых стандартизованных методов психодиагностики. В то же время нужно отметить, что существуют методы интервью, которые позволяют оценить полученные ответы в баллах и, таким образом, получить количественный результат (например, Hamilton Rating Scale for Depression).

Качественные методы предполагают заключение, основанное на анализе словесной информации, полученной от респондента, а не на подсчете баллов. Данное заключение может быть сформулировано в терминах уровней выраженности того или иного признака (например, низкий, умерен-

ный, высокий суицидальный риск) или представлять собой более подробное описание состояния респондента.

Важно отметить, что наиболее полную картину позволяет получить сочетание различных методов диагностики, поскольку одна отдельно взятая методика не может в полной мере оценить всю совокупность факторов, формирующих суицидальный риск. Кроме того, разные методы в разной степени помогают достигать разных целей диагностики, среди которых могут быть прогноз динамики состояния подростка, принятие решения о маршрутизации подростка для получения помощи, определение мишеней и характера вмешательства, подготовка заключений и отчетов и т.д. Нужно подбирать те методы, которые будут наиболее эффективными в конкретной ситуации.

Владение навыками наблюдения, эмпатия, умение правильно понимать вербальные и невербальные сигналы, которые демонстрирует подросток, — это другие наиважнейшие компетенции психолога, без применения которых диагностика суицидального риска может быть неполной или недостаточно точной.

Ниже представлены методы, которые могут использоваться в диагностике суицидального риска. Это не полный перечень существующих методов, а лишь некоторые, отобранные для включения в настоящее пособие.

Шкала душевной боли Р. Холдена (Psychache Scale, PAS-13)

Автор: R. Holden et al. (2001)

Адаптация: Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э., 2023.

Русскоязычная версия шкалы нормирована для оценки суицидального риска. Надежность и валидность шкалы для выявления суицидального риска у молодежи подтверждены.

Бланковая методика, короткая версия которой состоит из 13 вопросов. Включает одну шкалу, которая позволяет

оценить уровень суицидального риска (низкий, умеренный, повышенный, высокий).

Шкала безнадежности А. Бека (Beck hopelessness scale, BHS)

Авторы: Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974).

Перевод и адаптация: полная версия (20 вопросов) — А. А. Горбатков (2007); сокращенная версия (11 вопросов, BHS-11) — Н. И. Колачев, К. А. Чистопольская, С. Н. Ениколов и др. (2023).

Бланковая клиническая методика, которая измеряет выраженность негативного отношения к будущему у взрослых и подростков.

Русскоязычная версия шкалы BHS-11 нормирована для оценки суицидального риска. надежность и валидность шкалы подтверждены. Позволяет оценить уровень суицидального риска (крайне низкий, низкий, средний, повышенный, высокий).

Опросник «Негативный детский опыт» (Adverse Childhood Experiences, ACE), короткая версия

Авторы: Felitti V.J. et al (1998).

Перевод: О. Н. Боголюбова (2015).

Опросник включает в себя вопросы, направленные на оценку опыта переживания респондентом насилия, пренебрежения и другого семейного неблагополучия в возрасте до 18 лет. Не является методикой, которая оценивает суицидальное поведение, но наличие в истории индивидуального развития неблагоприятного детского опыта повышает уязвимость человека к суицидальному риску.

Опросник оценивает наличие негативного детского опыта по десяти категориям: психологическое, физическое, сексуальное насилие; эмоциональное, физическое пренебрежение; развод родителей, наблюдение физического насилия по отношению к матери, алкоголизм и/или наркозависимость

в семье, психические заболевания и/или попытки самоубийства у членов семьи, тюремное заключение членов семьи. Положительный ответ хотя бы на один вопрос говорит о наличии у респондента данного вида негативного опыта. Можно рассматривать общий балл по шкале или наличие/отсутствие негативного детского опыта по каждой из десяти категорий.

Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Автор: Beck A.T. (1961, 1978).

Перевод и адаптация: Н. В. Тарабрина (1992).

Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии. Шкала была предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии. Каждый пункт опросника состоит из 4–5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

Оценка результата на основе суммарного балла позволяет определить уровень выраженности депрессивной симптоматики: отсутствие депрессивных симптомов, легкая депрессия, умеренная депрессия (критический уровень), явно выраженная депрессивная симптоматика.

Шкала депрессии, тревоги и стресса С. и П. Ловибонд (Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 DASS-21)

Авторы: S. Lovibond, P. Lovibond (1995).

Адаптация: А. А. Золотарева (2021).

Данная шкала является одной из наиболее распространенных шкал психологического дискомфорта в современном мире. Содержит три шкалы самоотчета, предназначенных для диагностики депрессии, тревоги и стресса. Позволяет

оценить уровень выраженности симптоматики по каждой из шкал в отдельности (низкий, средний, высокий уровень).

Шкала суицидального риска Г. В. Старшенбаума

Авторы: Г. В. Старшенбаум с соавторами (2005).

Оценка суицидального риска проводится с помощью прямых вопросов в ходе беседы (консультации) с клиентом. Включает вопросы о наличии и выраженности суицидальных тенденций. Принимается во внимание наличие предыдущих кризисов, их связь с травмирующими ситуациями, возрастными кризисами или хронической недостаточностью навыков адаптации, отличие текущего кризиса от прошлых. Также оценивается наличие антисуицидальных факторов.

Оцениваемые факторы (всего их 28) сгруппированы в три раздела: постоянные факторы риска, переменные факторы риска, антисуицидальные факторы.

Каждый ответ оценивается в баллах. В итоге шкала позволяет не только сделать качественный анализ, но и оценить риск суицидальной попытки в баллах (низкий, средний, высокий).

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS/Ham-D)

Автор: М. Hamilton (1967).

Адаптация: В. А. Солдаткин и соавторы (2022).

Одна из распространенных методик клинической диагностики депрессии и оценки динамики состояния больного в процессе лечения. Суицидальные тенденции оцениваются как один из симптомов депрессии.

Шкала заполняется специалистом в области психического здоровья в ходе клинического интервью. Метод не предназначен для заполнения пациентом. Позволяет клинически оценить степень выраженности депрессии и ее динамику в процессе специфического лечения, применяется в психиатрической практике. Также широко используется при прове-

дении научных исследований, особенно при оценке результатов медикаментозного лечения депрессии.

Содержит 21 раздел, 17 из которых предназначены для оценки выраженности депрессивной симптоматики (поглощенное настроение, чувство вины, суицидальные намерения, нарушения сна, тревога, соматические симптомы и др.). Результаты интервью оцениваются в баллах и позволяют сделать вывод о степени выраженности депрессивного расстройства: норма, легкое депрессивное расстройство, депрессивное расстройство средней степени тяжести, тяжелой степени, крайне тяжелой степени. Суицидальные тенденции оцениваются как один из симптомов депрессии. Отдельной оценки суицидального риска шкала не предусматривает.

Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести суицидального поведения (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)

Автор: Posner K. et al. (2007).

Адаптация: Шаболтас А.В., Батлук Ю.В., Розанов В.А., Красько Е.Л. (2025).

Это клиническая шкала, применяемая для оценки тяжести суицида и суицидального риска. Диагностика проводится в форме клинического интервью. Шкала состоит из четырех модулей: суицидальные идеи, интенсивность суицидальных идей, суицидальное поведение, реальная/потенциальная опасность суицидальных попыток.

Достоинством шкалы является возможность ретроспективной оценки прежних эпизодов, связанных с повышенным риском суицида. Это очень важно с практической точки зрения, поскольку дает дополнительную возможность моделировать развитие актуальной ситуации. Но, пожалуй, самое важное практическое значение Колумбийской шкалы заключается в том, что она, по сути, является своеобразной дорожной картой для обследования и оценки суицидального пациента.

Шкала суицидальных намерений А. Бека (Scale for Suicide Ideation, SSI)

Авторы: Aaron Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1978).

Перевод: А. Татлыбаев (2003).

Данная шкала предназначена для использования клиническими психологами. Специалист заполняет опросник по результатам полуструктурированного интервью с пациентом. Шкала позволяет оценить три составляющих суицидального мышления: активное суицидальное желание, пассивное суицидальное желание и подготовительные действия. Оценка осуществляется в баллах. Определен критически значимый порог суицидального риска для взрослых.

Существует основанный на этой методике самоопросник для пациента (Beck Scale for Suicide Ideation, BSSI, 1991), который не переводился на русский язык.

Нarrативная оценка суицидального риска (Narrative Assessment)

Авторы: Bryan C.J., Rudd M.D. (2018).

Перевод: издательство «Диалектика» (2021).

Нarrативная оценка суицидального риска — это оценка наличия суицидальных мыслей, намерений и действий на основе рассказа. Подросток своими словами и в удобном темпе рассказывает историю о попытке самоубийства или суицидальном кризисе, а психолог активно выслушивает и задает уточняющие вопросы.

Проводится в случаях выраженного суицидального кризиса, а именно — при наличии суицидальной попытки и/или выявленных суицидальных мыслей и намерений (планирования). Является одним из этапов помощи в ситуации суицидального риска. Позволяет определить степень суицидального риска и выбрать оптимальный уровень вмешательства.

Преимущества данного метода оценки:

- нарративная оценка способствует построению рабочего альянса и межличностных отношений, благоприятствующих оказанию помощи;
- позволяет получить информацию, необходимую для следующего этапа помощи;
- способствует синхронизации эмоциональных состояний специалиста и несовершеннолетнего;
- использует более простой и доступный для подростка язык.

Контрольные вопросы к разделу 2

1. Раскройте принцип комплексного подхода к диагностике суицидального риска.
2. Каковы преимущества и ограничения качественных методов диагностики суицидального риска?
3. В чем состоят задачи оценки суицидального риска?
4. Чему необходимо уделить внимание до того, как перейти к сбору фактов для оценки суицидального поведения?
5. В чем преимущества и ограничения методов диагностики, основанных на проведении беседы (интервью), по сравнению с бланковыми методами?

Рекомендуемая литература к разделу 2

1. Бек Аарон, Раш А., Шо Брайан, Эмери Гэри. Когнитивная терапия депрессии. — СПб: Питер, 2003.
2. Брайан К.Дж., Радд М.Д. Когнитивно-поведенческая терапия для предотвращения суицида. — СПб: ООО «Диалектика», 2021.
3. Горбатков А.А. Шкала надежды-безнадежности: дименсиональная структура и ее детерминанты // Российский психологический журнал, 2007. №4(2).
4. Золотарева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Психологический журнал, 2021. №5.

5. Золотарева А.А. Шкала душевной боли: психометрическая оценка полной и краткой версий // Вопросы психологии, 2022. №1.
6. Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска. Психологические исследования. 2023. Т. 16, №90. С. 7. URL: Адрес статьи: <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1439>.
7. Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести суицидального поведения (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS): методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Шаболтас А.В., Батлук Ю.В., Розанов В.А., Красько Е.Л. — СПб, 2025.
8. Макашева В.А., Слободская Е.Р. Предупреждение суицидального поведения несовершеннолетних и антикризисная помощь детям и их семьям в системе здравоохранения // Российский психиатрический журнал, 2013. №3.
9. Солдаткин В.А. (ред.) Клиническая психометрика: учебное пособие. — М.: Кнорус, 2022.
10. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. Серия «Клиническая психология». — Издательство: Когито-Центр, 2005.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001.
12. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал ВШЭ, 2017. №1.
13. Beck A.T., Steer R.A. Beck Hopelessness Scale manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1988.
14. Beck A.T., Steer R.A., Ranieri W.F. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. Journal of Clinical Psychology, 1988. Vol. 44(4). P. 499–505.

15. Beck A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1974, 42(6), 861–865. DOI: 10.1037/h0037562.
16. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A.. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979. 47(2).
17. Beck A.T., Steer R.A., Carbin M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation // *Clinical Psychology Review*, 1988. 8(1).
18. Craig J. Bryan and M. David Rudd *Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention*. Gilford press, 2018.
19. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // *British Journal of Clinical Psychology*, 1967. 6(4).
20. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. Development and preliminary validation of a scale of psychache // *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2001. 33(4).
21. Lovibond S.H., Lovibond P.F. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation, 1995.
22. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec; 168(12): 1266–77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
23. Shaffer D., Fisher P., Lucas C.P. et al. NIMN Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMN DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan; 39(1):28–38. doi: 10.1097/00004583-200001000-00014.

Раздел 3.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ

ПОМОЩЬ В СИТУАЦИИ

СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Общие принципы оказания психологической помощи в ситуации суицидального риска

В ситуации суицидального риска возможны две основные стратегии оказания психологической помощи.

В случае острого суицидального кризиса, когда подросток находится в состоянии готовности совершить суицидальную попытку в ближайшее время, выбирается *стратегия кризисной интервенции*. Эта стратегия предполагает директивный подход и активную вентиляцию эмоций, позволяет достичь быстрого снижения эмоционального напряжения и преодоления туннельного видения.

Как правило, кризисная интервенция ограничена одной консультацией и предоставляется по принципу неотложной помощи непосредственно в момент обращения. Основной результат кризисной интервенции — стабилизация актуального эмоционального состояния здесь и сейчас.

Важно помнить, что, даже если актуальное состояние подростка стабилизировалось, суицидальный риск может сохраняться. Поэтому после того, как острое кризисное состояние снято, нужно переходить ко второму этапу помощи — оказанию специализированной психологической помощи, направленной на ослабление суицидальных проявлений (мыслей, намерений, действий).

Вторая стратегия психологической помощи выбирается в ситуации, когда острого кризиса нет, однако присутствует суицидальный риск и выявлены суицидальные тенденции (мысли, намерения и/или действия, включая недавнюю суицидальную попытку). В этом случае специалист оказывает психологическую помощь, направленную на ослабление выявленного суицидального поведения, минуя этап кризисной интервенции. Как правило, эта работа проходит в формате краткосрочной психологической помощи. Основным результатом станет снижение уровня суицидального риска, которое будет выражаться в ослаблении суицидального пове-

дения и усилении конструктивных и безопасных стратегий преодоления стресса и решения проблем.

Следующим этапом помощи может стать работа по усилению протективных факторов и ослаблению факторов, которые составляют основу суицидальной уязвимости. Это важная часть работы по предотвращению повторных суицидальных эпизодов, ведь, если подросток продолжает находиться под воздействием негативных факторов и у него отсутствуют ресурсы, которые его поддерживают или защищают от этих обстоятельств, суицидальный риск может вновь усилиться. Однако нужно помнить, что для этой работы и стабильных позитивных изменений подростку требуется гораздо больше времени и сил, которых нет в момент острого суицидального кризиса.

Стратегии и основные этапы оказания психологической помощи в ситуации суицидального риска изображены на *рисунке 1*.

В следующих подразделах пособия описаны подходы и методы психологической помощи, которые могут применяться на каждом из этапов: работа с острым кризисным состоянием, работа по снижению суицидального поведения, работа с защитными факторами и факторами риска.

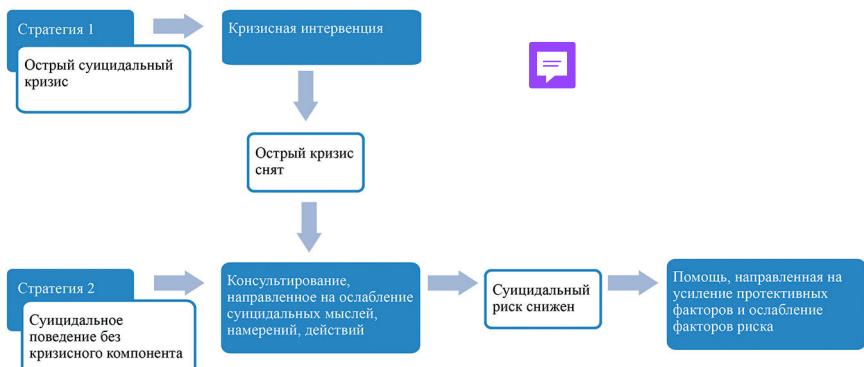


Рис. 1. Стратегии психологической помощи в ситуации суицидального риска

Особенности протекания кризисного состояния у подростков и молодых взрослых

Кризис — это поворотный момент в жизни человека, когда старые паттерны поведения не срабатывают, а новые еще не найдены. Кризисное состояние всегда сопряжено с сильными эмоциями. Говоря о суициdalном кризисе, мы, в первую очередь, имеем в виду такие эмоции и чувства, как тревога и страх, беспомощность, изоляция и одиночество, стыд и вина, безнадежность и душевная боль.

Кризис, по определению Карвасарского, блокирует нормальную жизнедеятельность человека, то есть создает ощущение невозможности продолжения жизни по привычной схеме, часто сопровождается субъективным восприятием ситуации как «тупиковой», требует принятия срочных решений. Причины кризиса связаны с неблагоприятным сочетанием особенностей личности и ситуации, когда обстоятельства и личность подходят друг к другу как «ключ к замку», только в негативном смысле. Это отчасти перекликается со стресс-диатезными концепциями суицида, постулирующими, что суициdalный кризис возникает вследствие наложения неблагоприятных, стрессовых событий на общее психологическое неблагополучие (уязвимость к суициду) и подкрепляется соответствующим эмоциональным состоянием.

Сильные и часто деструктивные эмоции, имеющие место в ситуации острого кризиса, осложняют мыслительную деятельность, и быстрое принятие эффективного решения является маловероятным. В случае подросткового или молодого возраста это осложняется недостаточным опытом, ошибками в оценке степени риска и возможных последствий сложной ситуации, усиленной эмоциональной реакцией и другими факторами, способствующими негативной динамике кризисного состояния. В этих условиях проблемная ситуация имеет шанс быстро перерости в критическую ста-

дию, а ограниченный репертуар возможных решений повышает риск выбора суицида в качестве единственно возможного выхода.

Стоит отметить специфичность причин для кризиса в подростковом возрасте. Многие из них могут недооцениваться взрослыми, которые мыслят с позиции своего возраста и не берут в расчет разницу в приоритетах и ценностях между зрелым и подростковым возрастом.

Примеры кризисных событий для подростков:

- ссора с родителями, другом/подругой;
- начало романтических отношений и угроза расставания;
- измена, предательство (оцениваемые крайне субъективно);
- смерть домашнего животного;
- угроза отчисления из школы;
- страх низкой оценки на экзамене, сопровождаемый страхом не оправдать ожидания родителей;
- буллинг;
- беременность;
- невозможность заниматься любимым делом, хобби;
- болезнь или физическая травма;
- переезд;
- смена школы, реальная или предстоящая;
- развод родителей;
- угроза утраты родителя;
- физическое или сексуальное насилие.

Ниже приведены примеры фраз подростка, которые могут свидетельствовать о кризисном состоянии.

«Я боюсь, что произойдет что-то страшное».

«Мой мир разрушен, я не знаю, как жить дальше».

«Я не могу ничего делать, не могу сосредоточиться. Начинаю думать об этом и впадаю в ступор».

«Я вообще не понимаю, как быть».

«Я совершенно не знаю, что делать».

«Мне так плохо, хочется бежать далеко-далеко от всего этого».

Особенности протекания кризиса в подростковом возрасте:

- кризисная ситуация переживается как глобальная, меняющая всю жизнь сейчас и навсегда, что порождает глубокие чувства отчаяния, страха, бессилия, а также мысли о бессмысленности любых усилий («Зачем жить, если всё так?»);
- кризисная ситуация быстро приобретает образ катастрофы, конца света, в результате чего происходит сильная концентрация на негативных переживаниях «здесь и сейчас»;
- кризисные переживания заполняют всё внутреннее пространство личности подростка, и в связи с высокой интенсивностью эмоций подросток склонен не замечать других, не затронутых кризисом областей жизни;
- кризисные переживания могут сопровождаться выраженными соматическими проявлениями: головокружениями, приступами усталости, апатией, повышенной плаксивостью, агрессивностью.

Очевидно, что для психолога-консультанта, работающего с подростком в кризисном состоянии, одной из первостепенных задач является оценка степени суициdalного риска. В зависимости от уровня риска определяются конкретные задачи и методы для психологического вмешательства. Наиболее действенным методом, как известно, является профилактика, когда проблему удается решить еще до ее возникновения, направив усилия на нивелирование факторов риска. В отношении суициdalного поведения первичная профилактика должна быть направлена на укрепление жизнестойкости, развитие соответствующих навыков коммуникативной компетентности, идентификации эмоций и их конструктивного выражения, самоподдержки, управления стрессом, навыка обращения за помощью, умения эффективно разрешать конфликты и проблемные ситуации.

Таблица 2. Компоненты кризисного состояния подростка (с примерами фраз, которые могут свидетельствовать о присутствии данного компонента)

Негативный характер переживаний	«Мне плохо»
Высокая интенсивность переживаний	«Я не могу справиться с этим»
Многообразие переживаний	«Мне страшно, я чувствую себя виноватой и очень злюсь на себя»
Противоречивость переживаний	«Мне больно, но я чувствую облегчение»
Необычность переживаний	«Я не понимаю, что со мной происходит»
Неприемлемость переживаний	«Это невыносимо»
Неприятие переживаний	«Я один такой ненормальный»
Субъективное переживание своей неспособности найти выход из сложившейся ситуации	«Я не знаю, что мне делать» «Я не вижу другого выхода»
Одномерное видение ситуации или «тоннельное видение» (главная цель видится в том, чтобы избавиться от невыносимых чувств)	«Сделайте что-нибудь, чтобы мне стало легче» «Я не хочу больше это чувствовать»
Утрата важных смысложизненных ориентиров	«Нет смысла жить дальше»
Отказ не только от своих желаний, но и от каких-либо действий	«Я ничего не хочу» «Мне ничего не надо»

В большинстве случаев, однако, проблема антивитальных тенденций у подростка или молодого человека становится очевидной только на этапе возникновения суицидального поведения, когда первичная профилактика теряет свою актуальность. На этапе возникновения суицидальных мыслей и намерений наиболее актуальной задачей является оценка риска совершения попытки самоубийства для выбора оптимальной стратегии вмешательства.

Как уже говорилось выше, в случае высокого риска, когда подросток готовится совершить суицидальную попытку

Таблица 3. Задачи психологического вмешательства в соответствии с уровнем суицидального риска у подростка

Уровень риска	Исходные факторы	Острые факторы	Поведенческие признаки	Задачи консультанта
КРИТИЧЕСКИЙ: есть суицидальная попытка	не применимо	не применимо	подросток находится в процессе или после совершения суициdalной попытки (например, выпил таблетки, перезал вены и звонит на телефон доверия)	обеспечить доступ к неотложной медицинской помощи; вместо консультирования — короткая мотивационная беседа, нацеленная на вызов скорой медицинской помощи
ВЫСОКИЙ: есть риск совершения суицидальной попытки в ближайшие часы или дни	суицидальные попытки в прошлом; негативный детский опыт, особенно ранняя потеря родителя или сиблинга; психопатология; невыносимая душевная боль; безнадежность; высокая аутоагрессия; отсутствие защитных факторов (социальная поддержка, смысл/цель, позитивный опыт решения проблем)	события, имеющие субъективный травмирующий характер; актуальная вина или стыд; обида и желание мести в сочетании с аутоагрессией; разрыв привязанности; другие события, означающие перемену образа жизни	активные суицидальные намерения; выбран способ суицида; есть план и/или дата суицида; есть подготовка (средство суицида, распределение имущества, письмо и т.п.); есть резкая смена настроения, состояния	проведение кризисной интервенции, снижение эмоционального напряжения, подключение социального окружения (при возможности), разработка плана безопасности

Продолжение таблицы 3

Уровень риска	Исходные факторы	Острые факторы	Поведенческие признаки	Задачи консультанта
УМЕРЕННЫЙ: есть потенци- альная угроза совершения суицидальной попытки в будущем	депрессивное состояние; невыносимая душевная боль в сочетании с безнадежностью; психопатология; проблемы в межличностной коммуникации; самоповреждения; присутствуют защитные факторы (все или некоторые): социальная поддержка, принадлежность; смысл или цель в жизни; позитивный опыт продоления трудностей	явные триггеры отсутствуют или нет симптомов острого кризиса на фоне действия триггерных событий	состояние и настроение стабильно негативные; говорит о том, что не хочет жить или о желании покончить с собой либо просит его убить; есть предполагаемые способы суицида, но нет конкретного плана, нет подготовки	проведение индивидуального консультирования, направленного на смягчение исходных факторов суицида, укрепление навыков совладания со стрессовыми ситуациями
НИЗКИЙ: есть суици- дальная идеация, нет угрозы совер- шения суици- дальной	присутствуют какие-то из факторов: депрессивное состояние; невыносимая душевная боль; безнадежность;	явные триггеры отсутствуют или нет симптомов острого кризиса на фоне действия триггерных событий	настроение в целом стабильное, находится на нейтральном уровне, есть эпизоды сниженного настроения;	проведение индивидуального консультирования, направленного на смягчение исходных факторов суицида, укрепление

Окончание таблицы 3

Уровень риска	Исходные факторы	Острые факторы	Поведенческие признаки	Задачи консультанта
попытки (на данный момент)	психопатология; негативный детский опыт; психологическая травма; проблемы в межличностной коммуникации; самоповреждения; расстройства пищевого поведения; присутствуют защитные факторы (все или некоторые):	абстрактный характер: «Лучше бы смерть, чем так жить», «Как всё надоело, даже жить не хочется» и т.п.; могут транслировать идеи о конечности жизни, неизбежности смерти	могут появляться на фоне сниженного настроения, но носят	навыков, связанных с жизнестойкостью (позитивное самоотношение, навыки регуляции эмоций, разрешения конфликтов и проблемных ситуаций, самоподдержка, чувство юмора)

в ближайшее время, целесообразно выбирать метод кризисной интервенции, предполагающей директивный подход и активную вентиляцию эмоций. Данный метод позволяет достичь быстрого снижения эмоционального напряжения и преодоления туннельного видения у суицидента. Важно помнить, что, если острый риск суицида удалось снизить, причины для возникновения кризисного состояния остались. Поэтому кризисная интервенция всегда должна иметь продолжение в форме последующей, более длительной и более специализированной психологической или психотерапевтической помощи. Когда кризисная помощь оказывается в формате анонимной горячей линии (телефон доверия, онлайн-чат), одной из задач консультанта становится обсуждение с подростком вариантов, куда он может обратиться за помощью, если ситуация снова станет трудной.

В таблице 3 приведены критерии оценки уровня суицидального риска и соответствующие им задачи для психологического вмешательства. Данные критерии могут быть применимы в работе консультантов кризисных служб психологической помощи, поскольку позволяют быстро и без применения психодиагностических методик оценить уровень суицидального риска и принять решение о тактике помощи.

В последующих подразделах более подробно описаны принципы, этапы и техники кризисной интервенции.

Кризисная психологическая помощь в ситуации высокого суицидального риска

Как уже было сказано выше, если подросток находится в состоянии острого суицидального кризиса здесь и сейчас, выбирается метод кризисной интервенции. Основными задачами консультанта в этой ситуации становятся: помочь подростку вернуть способность видеть ситуацию с разных сторон, способность видеть контекст, рационально мыслить (то есть преодолеть тоннельное видение и иррациональные реакции), расширить спектр эмоций, вернуть ясность мышления, построить подходящую объясняющую концепцию кризисного события, обрести смысл происходящего, восстановить чувство контроля над своей жизнью и эмоциями, восстановить реалистичность самооценки.

Основные принципы кризисной интервенции

- Кризисная интервенция — это экстренная психологическая помощь «здесь и сейчас»; она оказывается безотлагательно.
- Кризисная интервенция преимущественно предполагает работу с интенсивными чувствами и поиском ресурсов для решения проблем.
- При кризисной интервенции помощь центрирована на проблеме, а не на человеке.
- Кризисная интервенция требует сфокусированности на наиболее актуальной задаче, предъявленной несовершеннолетним.

Этапы кризисной интервенции

1. Сбор информации и снижение эмоционального напряжения.
 - а) Структурирование проблемы (из каких компонентов и блоков она складывается, разделение большой проб-

- лемы на отдельные трудности); разделение реальных трудностей и предполагаемых (опасений);
- b) идентификация чувств и их связь с элементами ситуации;
 - c) восстановление последовательности событий: люди и эмоции, задействованные в кризисе; восстановление временной и пространственной перспективы про-исходящего;
 - d) выяснение того, что уже делалось для решения про-блемы, почему не сработало.

На этом этапе важно не торопиться, прояснить детали, восстановить всю полноту картины. Критично внимание к деталям и оттенкам чувств. Подросток в кризисе почти всегда ждет немедленного облегчения и решения проблемы — важно не поддаваться на искушение быстрого решения. Облегчение наступит, если дать выход чувствам.

Следует как можно точнее идентифицировать проблему, найти «ядро» кризиса, задавая вопросы: «Что для вас самое тяжелое в этой ситуации?» — Событие А. — «А что было для вас самым болезненным в событии А?» — Момент Б. — «Как вам кажется, что в моменте Б было для вас самым страшным? Какие мысли были с ним связаны?» и т.д.

2. Формулирование и переформулирование проблемы.

Чем лучше проработана первая стадия, тем больше ве-роятность, что произойдет когнитивный сдвиг и проблема будет переформулирована. Это должен сделать сам подросток. В процессе восстановления пространственно-времен-ной перспективы подростку, как правило, удается мыслен-но вернуться к началу, то есть выйти из ловушки непра-вильного выбора, сделать шаг назад. В этом месте он видит больше возможностей для выбора, возвращая себе те опции, которые он отмел прежде как неподходящие (или второсте-пенные).

- а) Глобальная проблема может быть разделена на более мелкие, решаемые по отдельности задачи;

- b) отделить саму проблему от неэффективных способов ее решения. Например: «Я не могу его забыть». Девушка пытается не думать о молодом человеке, жить, как раньше, как ни в чем не бывало, — это неэффективный способ. Проблема состоит в утрате. А чтобы пережить утрату, нужно, напротив, дать выход своим чувствам: говорить об этом, вспоминать, написать рассказ, сделать альбом памяти. В результате можно взглянуть на ситуацию по-новому;
- c) открыть доступ к ресурсам: выяснить, что уже было сделано, и похвалить, поддержать; выяснить, что помогало раньше, на что обычно опирается подросток в трудных ситуациях; подчеркнуть его сильные стороны (которых он точно не видит, но которые, возможно, видит консультант).

К следующей стадии можно переходить, только если консультант видит очевидное снижение напряжения: подросток успокоился и находится в активном, ресурсном состоянии, видит свою проблему по-другому и готов к ее решению, у него появляются новые идеи и планы.

Если этого не произошло — значит, была недоработана первая стадия. В этом случае имеет смысл вернуться и снова проработать ситуацию и связанные с ней чувства. Возможно, консультант упустил что-то важное или неправильно определил «ядро» кризиса.

Если консультант видит, что проблема нерешаема целиком, нужно попробовать разделить ее на решаемую и нерешаемую части. Задача — помочь подростку принять то, что невозможно изменить, и поработать с изменяемой частью. Что могло бы облегчить ситуацию хотя бы частично?

3. Альтернативы и решения.

К этой стадии переходит подросток, а не консультант. Консультант лишь помогает ему определиться с тем, что можно сделать в первую очередь, оценить возможные по-

следствия того или иного решения, поддержать подростка на пути составления плана и т.п.

Что делать, если решение все-таки не приходит? Тогда можно попробовать отказаться от решения проблемы — иногда это помогает. Возможно, подросток пока просто не готов. В таком случае, скорее всего, подросток и консультант просто работают не над той задачей. Можно предложить подростку оставить всё как есть и поговорить о том, что его не устраивает в этом случае. Возможно, он не готов к кардинальным решениям, но мог бы сделать что-то небольшое, чтобы улучшить или смягчить ситуацию. Задача консультанта — поддержать подростка и разделить его чувства.

Не стоит давить и подталкивать подростка — это риск попасть в ловушку преждевременных решений, что в дальнейшем может усугубить кризис и осложнить для подростка обращение за помощью.

Применительно к состоянию высокого суицидального риска кризисная интервенция будет направлена на те события, которые послужили триггером для развития суицидальных намерений. Как справедливо отмечают Брайан и Радд (Брайан К., Радд Д., 2021), суицидальный потенциал человека складывается из устойчивых, фоновых факторов и так называемых «острых». К последним относятся события-триггеры и сильные негативные эмоции и состояния, их сопровождающие. Человек может достаточно долго находиться на этапе суицидальной идеации и не переходить к действиям. При этом риск суицидальной попытки остается сравнительно низким, если состояние можно охарактеризовать как стабильное. В ряде случаев суицидальная идеация может сопровождать человека на протяжении нескольких лет или даже большей части жизни, в частности в случаях аффективного или тревожного расстройства. Но сама по себе она к суициду не приводит. Однако, если к фоновым факторам присоединяется событие-триггер, вызывающее сильные негативные эмоции суицидального спектра (стыд,

вина, переживание собственной неполноценности и обременительности для близких и т.п.), может произойти быстрый переход к суициdalным действиям, что означает высокий уровень риска суициdalной попытки.

Исходя из вышесказанного в фокусе кризисной интервенции в ситуации высокого суициdalного риска должно быть событие-триггер, его когнитивная переработка и связанные с ним острые переживания.

Безусловно, исходные факторы риска, связанные с особенностями личности, биологическими или социальными предпосылками, вносят наибольший вклад в суициdalное поведение человека, однако они требуют серьезной и долговременной психологической работы. В то же время «острые» факторы, вызвавшие кризис, наиболее поддаются изменению и воздействию, и мы должны выбрать их для срочного вмешательства в качестве мишени для кризисной интервенции (Брайан К., Радд Д., 2021). При наличии у подростка множества факторов риска бывает непросто выделить триггер, вызвавший острый суициdalный кризис. В таких случаях бывает полезно задать себе вопрос: какие обстоятельства жизни присутствовали у подростка и ранее, на протяжении долгого времени, но он с нимиправлялся? Ответ на этот вопрос поможет определить фоновые факторы. Для определения события-триггера необходимо исследовать ближайшее прошлое подростка — последние несколько недель или дней. Очевидно, добавление в «копилку» этого события стало последней каплей, вызвавшей развитие суициdalного поведения.

Схема кризисной интервенции в ситуации высокого суициdalного риска

Шаг 1. Разделить чувства, выразить сочувствие и продемонстрировать желание помочь.

Шаг 2. Подтвердить, что консультант понимает серьезность проблемы и трудность ее решения.

Шаг 3. Выяснить, на каком этапе находится подросток (суицидальные мысли, намерения, план или подготовка).

Шаг 4. Если ситуация критическая (подросток подготовился и собирается совершить попытку), нужно попробовать заключить антисуицидальный контракт. Для этого, например, можно сказать подростку: *«Я вижу, что ты в отчаянии и суицид кажется тебе единственным выходом. Я очень хочу тебе помочь и предлагаю поискать другие способы выхода из ситуации. Мне кажется, что еще не всё испробовано. Давай поговорим и подумаем. Дай мне шанс помочь тебе! Обещай мне, что ты не причинишь себе вреда, по крайней мере, в ближайшие два часа/24 часа/48 часов».*

Шаг 5. Спросить о причине, при этом применять активное слушание, говорить о чувствах, дать пространство; дать понять, что консультант готов говорить о сильных эмоциях. Не предлагать варианты решения! Именно выражение чувств, особенно гнева, злости, обиды снижает эмоциональное напряжение.

Шаг 6. Выразить поддержку. Это можно сделать следующими способами:

- присоединение к точке зрения подростка, одобрение его выводов, разделение его чувств за исключением непосредственного одобрения суицида как способа решения ситуации (консультанту важно слышать, что стоит за намерением совершить суицид, например, глубокое отчаяние, ощущение своей ненужности, невыносимое чувство вины, ощущение тупика и отсутствия решения и т.д., и отражать именно это);
- выражение собственных чувств консультанта относительно ситуации подростка или самого подростка («Да, мне бы тоже было обидно на твоем месте», «Меня злит такое обращение/ситуация», «Мне очень жаль это слышать», «Я тебе сочувствую и очень хотел бы как-то помочь»);
- подчеркивание положительных сторон и достоинств подростка в рассказанной ситуации («Ты молодец, что

настоял на своем! Сразу видно, что ты человек смелый»; «Это хорошо, что ты сразу всё понял! Кажется, ты чувствительный парень»; «Вижу, что ты глубокий человек, много читаешь, много знаешь, поэтому тебе непросто найти друзей, ведь не каждый интересуется вещами так же глубоко, как ты»).

Шаг 7. Спросить, были ли раньше мысли о суициде, попытки его совершить. Что удержало? Как разрешились тогда эти трудные ситуации? Похвалить за стойкость, умение проходить через трудности. «Тебе столько пришлось в жизни испытать! Вижу, у тебя есть закалка. Ты уже через столько прошел, попробуй и сейчас не сдаваться. Мне кажется, все эти трудности сделали тебя сильнее».

Шаг 8. Если после «вентиляции эмоций» улучшения не наступило, и человек всё еще намерен совершить суицид, нужно спросить, при каком условии он выбрал бы жизнь: «Что должно произойти, чтобы ты выбрал жизнь и отказался от самоубийства?»

Многие «глобальные» проблемы можно разбить на решаемые по отдельности задачи, с которыми способен помочь психолог. Например: «Я никому не нужен» — проблема в межличностных отношениях; «Я неудачник» — сильный страх неудачи, возможно, низкая самооценка, которая зависит от стороннего мнения. Можно обозначить для человека эти проблемы как план будущей работы: «Мне кажется, проблема в том, что ты фокусируешься на своих негативных сторонах. У тебя столько достоинств, но ты их не видишь и поэтому постоянно находишься в негативных эмоциях. То есть проблема не в том, что с тобой что-то не так. С тобой всё в порядке! Проблема в том, что ты видишь себя искаженно, в слишком черном цвете. Но эта проблема точно решаема, и с этим может помочь, например, психолог».

Шаг 9. Спросить, есть ли подростку с кем поговорить (система поддержки).

Шаг 10. Спросить о том, что подросток будет делать в ближайшие часы, ближайший день.

Шаг 11. Договориться о встрече или звонке в течение ближайших одного–двух дней.

Ошибки во время кризисного консультирования

- *Нераспознавание кризиса:* недостаточно детальное исследование обстоятельств, в которых находится подросток, как следствие сложности с диагностикой его состояния именно как кризисного.
- *Гипердиагностика кризиса:* восприятие состояния несовершеннолетнего как кризисного и работа с ним как с кризисным, в то время как состояние подростка не связано с конкретной ситуацией или этапом развития.
- *«Всё будет хорошо»:* утешение клиента, слишком быстрые попытки вывести подростка на позитивное переосмысление ситуации, предложение отвлечься от переживаний, быстрый переход к тому, что всё не так плохо.
- *Слияние с подростком:* погружение вместе с подростком в бездну кризисных переживаний, сочувствие, вербализация только негативных чувств, зависание в этих переживаниях.

Техники кризисного консультирования

Вентиляция чувств. Побуждение подростка к выражению чувств и эмоций. Выражение подростком его собственного внутреннего опыта, а также вербализация этого опыта специалистом приводят к тому, что подросток начинает глубже осознавать то, что с ним происходит, понимать свои чувства и свое отношение к окружающим. Это можно сделать следующими способами:

- задать вопросы о чувствах: «Как себя сейчас чувствуешь?», «Что ты тогда ощущала?»;
- вербализация чувств специалиста в связи с описанной подростком ситуацией: «Очень горько это слышать. Я лов-

лю себя на том, что очень злюсь на того парня за то, что он...»;

- дать предположение о чувствах подростка: «Думаю, что это было обидно слышать», «Могу только догадываться о том, что ты тогда испытала»;
- говорить о том, что бы испытывал сам консультант на месте подростка: «Я бы очень растерялась в такой ситуации».

Снятие уникальности. В силу возраста подросток переживает кризис так, как будто он первый и единственный в мире столкнулся с такой ситуацией и переживаниями. Это провоцирует глобальное чувство одиночества, отчужденности и безнадежности. Необходимо информировать подростка о том, что его ситуация сложная, но такие ситуации уже случались с другими людьми. Это можно сделать следующими способами:

- привести пример из статистики: «*Все проходят подростковый возраст. По статистике, 90% людей задумывались о суициде хотя бы раз в жизни*»;
- привести пример из личной практики: «*Я лично знаю девушки, которая родила ребенка в 14 лет. Так бывает. Не часто, но бывает*»;
- спросить подростка, есть ли у него в окружении кто-то, кто сталкивался с такой же ситуацией.

Нормализация чувств. В кризисном состоянии эмоции и чувства настолько интенсивны, что иногда у подростка возникает мысль, что он не должен так сильно переживать. Это могут транслировать и близкие. Что можно сделать:

- говорить о том, что его (ее) чувства нормальны и естественны: «*To, что ты чувствуешь в этой ситуации, нормально. Все люди в таких ситуациях переживают то же самое. И я тоже. Это нормальная реакция на ненормальную ситуацию*»;
- говорить о том, что невозможно подавить сильные эмоции и это контрпродуктивно: «*Иногда хочется пода-*

вить сильные чувства и перестать их «чувствовать». Это естественное желание, но вряд ли это возможно. Скорее ты почувствуешь себя истощенным, а результата не добьешься».

Присоединение чувств к содержанию. Кризисные переживания могут быть настолько интенсивными, что для подростка становится неочевидной их связь с восприятием конкретных аспектов бытия. Это дезорганизует и создает ощущение спутанности переживаний. Что можно сделать:

- задавать уточняющие, конкретизирующие вопросы: «Что больше всего зацепило тебя в этой ситуации?», «Какие слова тебя больше всего обидели?», «Что именно разозлило тебя в той ситуации больше всего?»;
- перефразировать и «возвращать» эту связь в виде закрытого вопроса: «Я правильно поняла, что больней всего было то, что он обманул тебя?», «То есть больше всего тебя злит то, что она не слышит твоего отказа, как будто не верит тебе?»

Активизация ресурсов. В связи с «тоннельным видением» подросток не замечает возможностей, которые, возможно, у него есть для решения ситуации. Что можно сделать:

- задавать вопросы о людях, к которым он может обратиться за помощью и поддержкой: «Скажи, пожалуйста, есть ли среди твоих знакомых человек, с которым ты можешь просто поговорить, кто тебя не осудит? Человек, с которым ты можешь поделиться своим состоянием и который может тебя поддержать?»;
- задавать вопросы о том, какая деятельность приносит силы: «Чем ты любишь заниматься?», «Что тебя вдохновляет?», «Что придает тебе сил?»;
- задавать вопросы о том, что приносит удовольствие: «Как ты отдашьешь? Как расслабляешься? Есть место, где ты можешь это сделать в ближайшее время?»

Активизация положительной Я-оценки. В кризисном состоянии самооценка подвергается атаке самокритики,

самообвинений за неспособность справиться с ситуацией и своими эмоциями. Что можно сделать:

- похвалить за то, что в такой ситуации подросток нашел силы обратиться за помощью;
- дать позитивную оценку тем действиям, которые подросток уже предпринял для решения: «*Ты поступаешь очень самостоятельно в такой сложной ситуации*», «*Ты здорово действуешь в таких условиях*»;
- выразить свои чувства в связи с попытками подростка найти решение и выбраться из кризиса: «*Я восхищена твоим мужеством и стойкостью! Ты столько времени живешь в такой непростой обстановке и продолжаешь искать варианты выходы, борешься за себя!*», «*У меня много уважения к тебе за то, как ты ищешь решение. Это очень по-взрослому*».

Результат кризисной интервенции можно считать достаточным, когда у подростка:

- снизилась интенсивность негативных чувств;
- есть понимание и принятие своих чувств как нормальных.
- появилось чувство контроля над своими эмоциями и действиями;
- есть взгляд на ситуацию с разных сторон;
- появилась ясность мышления;
- активизировалось рациональное мышление;
- появились новые идеи о том, что можно сделать;
- подросток не транслирует идею самоубийства как единственно возможный выход из ситуации.

Программа индивидуального психологического консультирования в ситуациях суицидального риска

Программа индивидуального психологического консультирования, описанная здесь, направлена на снижение суицидального риска и может быть использована в работе с подростками и молодыми людьми. Данная программа помощи является адаптированным вариантом краткой когнитивно-поведенческой терапии по оказанию помощи людям с выявленным суицидальным риском, которая была предложена Крейгом Брайаном и Дэвидом Раддом и основана на доказательном подходе (Брайан К., Радд Д., 2021; Bryan C.J., Rudd M.D., 2018).

Данная программа применяется в ситуациях суицидального риска, когда есть недавняя попытка самоубийства или выявленные суицидальные тенденции. Программа направлена на прямую работу с выявленными суицидальными тенденциями (мыслями, намерениями, действиями) с целью их прекращения. Работа с подростком по данной программе обычно занимает от трех до пяти сессий.

Важно отметить, что реализация программы возможна только при отсутствии у подростка острого кризисного состояния. В противном случае начинать нужно с кризисной интервенции и лишь после стабилизации эмоционального состояния и снятия острого кризиса переходить к работе по данной программе. По завершении программы и достижения ее целей психологическая работа может быть продолжена, при этом дальнейшая помощь может быть сфокусирована на работе с факторами риска суицидального поведения и проективными факторами.

Программа индивидуального психологического консультирования в ситуациях суицидального риска состоит из шести этапов:

1. Знакомство, установление контакта, обсуждение вопросов конфиденциальности и возможности участия членов семьи;
2. Оценка суициdalного риска;
3. Составление модели кризиса;
4. Составление плана реагирования на кризис;
5. Определение причин жить;
6. Составление плана обеспечения безопасности и поддержки.

Этап 1. Знакомство, установление контакта, обсуждение вопросов конфиденциальности и возможности участия членов семьи

На этом этапе необходимо:

- установить контакт; рассказать, как будет проходить работа с психологом;
- определить границы конфиденциальности;
- обсудить потенциальную роль членов семьи.

Шаг 1. Установление контакта. Для установления контакта, снятия напряжения и тревоги важно рассказать подростку, что будет происходить, как будет устроена работа в целом и отдельные сессии.

Чтобы начать этот разговор, можно использовать следующую формулировку: «Прежде чем мы начнем, мне бы хотелось объяснить тебе, как обычно устроена помощь, чтобы ты лучше понимал, чего ожидать от нашей совместной работы в течение следующих нескольких встреч. Готов?»

Шаг 2. Конфиденциальность. Конфиденциальность – это один из базовых принципов работы психолога, в том числе и с подростками с суициdalным риском. Однако в практике работы психолога встречаются ситуации, когда может потребоваться раскрыть ту или иную информацию. В первую очередь это ситуации, касающиеся угрозы жизни и здоровью несовершеннолетнего, когда психологу необхо-

димо обратиться к другим лицам для обеспечения безопасности подростка.

Начиная работу с подростком, невозможно знать заранее, какую информацию и в какой момент он сообщит, поэтому вопросы конфиденциальности важно честно и открыто обсудить на самой первой встрече. Разъяснить принцип конфиденциальности и условия, при которых конфиденциальность может быть нарушена, можно следующим образом:

«Следующее, о чем я хочу поговорить, — это конфиденциальность. Всё, о чем мы говорим здесь, останется между нами. Только ты решаешь, что и кому можно рассказать».

«Однако ты должен знать, что в некоторых ситуациях я буду обязан связаться с кем-то, чтобы обеспечить твою безопасность. Это ситуации, связанные с угрозой для твоей жизни и здоровья. В том числе если ты подвергаешься серьезному риску, например, планируешь самоубийство, или в отношении тебя совершается преступление».

«Если возникнет такая необходимость, мы сначала обсудим с тобой, какую именно информацию я могу передавать. Но, если такой возможности не будет, я свяжусь с тем с человеком, с которым ты заранее разрешил мне связаться».

«Помни, что я не имею права что-либо передавать твоим одноклассникам, друзьям, иным посторонним людям. Речь идет только о специалистах, которые обязаны обеспечивать защиту и помочь для несовершеннолетних, или об ответственных за тебя взрослых».

Сообщать данную информацию подростку стоит дозировано, небольшими порциями, после каждой смысловой части уточняя и переспрашивая, всё ли ему понятно, смущает ли его в этом что-то, тревожит ли. Для этого можно использовать следующие вопросы:

- *«Понятно ли я объясняю?»*
- *«Понимаешь ли ты то, что я говорю?»*
- *«Что ты думаешь об этом?»*
- *«Можешь что-нибудь сказать по этому поводу?»*

- «Остались ли у тебя вопросы, которые я мог бы прояснить?»

Также необходимо внимательно следить за реакцией подростка на сообщаемую информацию, обращать внимание на его мимику, движения, положение тела. Если психолог замечает какие-либо сигналы, можно обратить внимание подростка на них: «Ты кажешься озабоченным (расстроенным, смущенным)», «Скажи мне, если тебя что-то смущает».

Договоренности о конфиденциальности — это не просто средство установить доверительные отношения с подростком и таким образом «разговорить» его. Они обязательны к соблюдению и являются основой безопасности подростка и доверительных отношений с консультантом.

В случае необходимости раскрыть информацию психолог должен следовать внутренним регламентам, действующим в организации, и следующим правилам передачи информации об угрозе совершения или реальном совершении несовершеннолетним суициdalной попытки:

- 1) если есть возможность вернуться к разговору о конфиденциальности, важно предупредить подростка об обязанности психолога сообщить ту или иную информацию кому-то из специалистов или взрослых;
- 2) передавать информацию о том, что несовершеннолетний планирует совершить суицид, можно только лицу, которое уполномочено оказывать профессиональную помощь, законному представителю ребенка и/или лицу, о котором есть договоренность с самим несовершеннолетним;
- 3) передавать можно только сам факт риска суициdalных действий, но не детали истории или эмоционального состояния подростка;
- 4) передавать информацию необходимо только лично; недопустимо озвучивание ни самого факта, ни каких-либо деталей истории публично в присутствии других детей или посторонних взрослых; психолог должен убедиться,

что третьи лица не могут стать свидетелями такого разговора или получить информацию иным способом.

На готовность подростка раскрыть информацию (в том числе рассказать о суицидальных намерениях) в первую очередь влияет качество установленного с ним контакта. Открытое и честное обсуждение вопросов конфиденциальности укрепляет доверие и контакт. Если не обсудить эти вопросы заранее, а впоследствии передать другим специалистам информацию о планируемой суицидальной попытке, — это нарушит доверие и значительно снизит готовность несовершеннолетнего обращаться за дальнейшей помощью.

Шаг 3. Потенциальная роль членов семьи. Психолог информирует подростка, что может пригласить члена семьи или другого поддерживающего человека для посещения одного или двух сеансов, чтобы помочь в процессе работы.

Для этого можно использовать следующую формулировку: *«Последнее, о чем я хочу поговорить, прежде чем мы начнем, — это возможность члену семьи или другому поддерживающему взрослому посетить одну или две консультации в начале работы. Это не требование, а возможность, которую некоторые ребята сочли бы полезной. Мы поговорим об этом варианте позже, но мне хотелось бы предупредить тебя об этом с самого начала».*

После каждого смыслового блока рекомендуется спрашивать подростка: *«Всё ли тебе здесь понятно?», «Мы можем идти дальше?», «Есть ли что-то, что тебя беспокоит в этом вопросе?»* Это позитивно влияет на контакт, внутреннюю мотивацию и готовность получать помочь.

Этап 2. Оценка суицидального риска

На этом этапе необходимо:

- предложить подростку рассказать о его недавней суицидальной попытке или суицидальном кризисе (в данной программе используется метод нарративной оценки, который будет подробно описан далее; при необходимости

нарративная оценка может быть дополнена бланковыми методиками);

- попросить подростка последовательно описать события, приведшие к суицидальному эпизоду;
- помочь подростку описать его переживания и поведение, а также внешние сигналы, связанные с кризисом;
- поблагодарить подростка за рассказ и дать эмоциональный отклик.

Нарративная оценка суицидального риска — это оценка наличия суицидальных мыслей, намерений и действий на основе рассказа подростка. Подросток своими словами и в удобном темпе рассказывает историю последней суицидальной попытки или суицидального кризиса, а психолог активно выслушивает и задает уточняющие вопросы.

Нарративная оценка отличается от традиционного структурированного (клинического) интервью. В традиционном интервью по оценке суицидального риска психолог обычно задает ряд вопросов относительно наличия (отсутствия) и сути суицидального риска и защитных факторов. Этот процесс в значительной степени, если не полностью, управляет психологом. Нарративная оценка позволяет подростку рассказывать историю о суицидальной попытке или иных суицидальных тенденциях самому. Психолог инициирует этот процесс, а затем просто помогает подростку.

При нарративной оценке психолог стремится получить подробное понимание контекста обстоятельств, мыслей, поведения, чувств, физических ощущений, связанных с последним суицидальным кризисом подростка, детально определить последовательность событий, приведших к суицидальному кризису и последовавших за ним.

Важно, что нарративная оценка суицидального риска проводится в случаях выраженного суицидального кризиса, а именно при наличии суицидальной попытки и/или выявленных суицидальных мыслях и намерениях (планировании).

Нarrативная оценка является одним из этапов программы психологической помощи подросткам с суицидальным риском. Информация, полученная в ходе оценки, служит основой для построения дальнейших шагов помощи для конкретного подростка.

К преимуществам метода нарративной оценки можно отнести следующие:

1. Данный метод способствует построению рабочего альянса. Для многих подростков нарративная оценка — это первый раз, когда их просят рассказать историю страданий своими словами и в удобном для них темпе. Активно выслушивая и задавая вопросы, психолог выражает интерес и желание помочь;
2. Позволяет получить информацию для составления модели кризиса. В процессе оценки выясняются контекст и обстоятельства суицидального эпизода, «действующие лица», предпочтительные стратегии совладания и поведенческие реакции подростка, а также мысли, чувства и физиологические переживания, связанные с активацией суицидального состояния;
3. Способствует синхронизации эмоциональных состояний и аффективной сорегуляции психолога и подростка. Благодаря первой формируются уникальные межличностные процессы, способствующие терапии, благодаря второй — снижается эмоциональное напряжение подростка;
4. Характеризуется менее сложной речью, чем традиционное интервью, что положительно влияет на развитие эмпатии в отношениях между подростком и психологом.

Основные ограничения метода:

1. Нарративная оценка чаще всего предполагает качественный вывод об уровне суицидального риска. Результат не выражается в числовом значении, так как этот метод построен на обсуждении с подростком его суицидального поведения, а не на заполнении стандартизированной бланковой методики. Для удобства психолог может фик-

сировать результаты оценки, отразив в своих записях информацию по следующим вопросам: наличие суициdalных желаний, наличие обдуманного планирования, факторы риска, защитные факторы, а также выводы об уровне риска. Но даже в этом случае выводы будут носить качественный, а не количественный характер;

2. Нarrативная оценка требует от психолога высокой квалификации в установлении и поддержании контакта, активном и рефлексивном слушании, наблюдении, задавании вопросов;
3. При анализе результатов и формулировании выводов возможно влияние субъективного мнения психолога.

Пошаговый алгоритм проведения нарративной оценки

Шаг 1. Психолог предлагает подростку рассказать своими словами историю о недавнем суициdalном эпизоде или недавней ситуации суициdalного риска. Для этого можно использовать следующую формулировку: «*Давай поговорим о недавней ситуации, когда у тебя появилось сильное желание совершить суицид (были сильные суициdalные мысли, ты выпил таблетки с целью суицида — подбираем слова в зависимости от конкретной ситуации подростка). Что происходило с тобой тогда? Расскажи, пожалуйста*».

Шаг 2. Психолог помогает подростку идентифицировать и описать последовательность событий. Для этого необходимо попросить его описать приведшие к суициdalному эпизоду события по времени. Можно использовать следующие вопросы:

- «*И что случилось потом?*»
- «*Что-то случилось перед этим?*»
- «*Как ты оказался в этом месте?*»
- «*О чем конкретно ты думал в тот момент?*»
- «*Какие эмоции ты испытывал в тот момент?*»
- «*Какие и где ты почувствовал ощущения в своем теле?*»
- «*Что сказал тебе этот человек?*»

- «В какой момент ты решил совершить попытку самоубийства?»

Важно помочь подростку выразить связанные с кризисом подробности внешних сигналов (образов, звуков, обстоятельств), внутренних переживаний (мыслей, эмоций, физических ощущений) и действий. Это станет основой для построения модели кризиса на следующем этапе работы.

По мере того как подросток рассказывает свою историю, психолог объединяет факторы риска и защитные обстоятельства в структуру суицидального поведения (исходные предпосылки, активирующие события, эмоции, мысли, физические ощущения, действия). Это облегчает процесс составления модели кризиса на следующем этапе помощи (сразу после проведения нарративной оценки) и готовит психолога к ее обсуждению с подростком.

Шаг 3. Психолог дает свой эмоциональный отклик на рассказ подростка и его переживания. Для этого можно использовать следующую формулировку: «Спасибо, что поделился со мной своей историей. Я вижу, что это было нелегко. Есть ли еще что-то важное, о чем мне необходимо знать? Например, какая-то часть истории, которую ты еще не рассказал?»

Общие рекомендации по проведению нарративной оценки

- Нарративную оценку необходимо проводить только после установления контакта. Важно предварительно познакомиться с подростком; объяснить, что будет происходить на встрече; проговорить вопросы конфиденциальности и ее пределов.
- Нет необходимости выяснять подробности и детали всей жизни подростка. Важно сосредоточиться только на тех из них, которые имеют отношение к самому суицидальному поведению или конкретному суицидальному эпизоду.
- Следует направлять подростка во время рассказа и возвращать его к теме разговора, если он отходит от рас-

сказа о том, что происходило с ним до, во время и после суицидального эпизода. Для этого можно использовать следующую формулировку: «Правильно ли я понимаю, что, совершая попытку самоубийства на прошлой неделе, ты думал о...?» Если подросток говорит, что это напрямую не связано с суицидальным эпизодом, можно попросить продолжить рассказ с того места, где он остановился: «Ясно. Значит, ты говорил, что в день попытки самоубийства...»

- Психологу не стоит торопить подростка и торопиться самому во время нарративной оценки. Для этого этапа может потребоваться от 10–15 до 30–40 минут. При этом, как правило, чем выше суицидальный риск, тем больше времени потребуется.
- Рекомендуется составлять модель кризиса (концептуализировать случай) по ходу рассказа подростка. Пока подросток рассказывает историю, психолог может распределить факторы риска и защитные обстоятельства по разным областям суицидального состояния (исходные предпосылки, активирующие события, эмоции, мысли, физические ощущения, действия).

Этап 3. Составление модели кризиса

На этом этапе психолог совместно с подростком составляет его индивидуальную модель кризиса. В модель включаются исходные предпосылки, активирующие события, поступки/действия, мысли, эмоции, ощущения.

Исходные предпосылки. Это общий фон жизни подростка в момент формирования суицидального поведения (проблемы в семье, у родителей, в школе, в личных отношениях, утраты и пр.). Например: сложности в общении со сверстниками, сложности в учебе, нет доверительных отношений с матерью и другими людьми, постоянно подавленное настроение, хроническая усталость, ряд ситуаций,

субъективно воспринимаемых как отвержение, предательство, высмеивание.

Ситуативные стрессоры и/или активирующие события. Это внешние и внутренние триггеры (события), которые запускают непосредственно суицидальное поведение. Например: «Друг всем в классе рассказал, что я ему призналась в любви, а он мне отказал», «На дне рождения одноклассника все общались, а на меня не смотрели, не обнимали, не говорили со мной», «Получил двойку за итоговую контрольную».

Мысли. Это то, что ребенок думает о себе или о ситуации. Например: «Что-то со мной не так», «Я неудачник», «Это несправедливо», «Я идиот», «Опять то же самое», «Это никогда не кончится», «Всем на меня наплевать», «Я заслуживаю наказания», «В чем смысл?», «Я так больше не могу», «Я умею только ныть», «Я слабая», «Я подстраиваюсь под людей, чтобы меня любили».

Эмоции, проявляющиеся в кризисной ситуации и предшествующие суицидальному эпизоду (например, печаль, злость, раздражение, волнение, вина, стыд, одиночество, отчаяние).

Ощущения в теле, появляющиеся в кризисной ситуации и предшествующие суицидальному эпизоду (мышечное напряжение, тошнота, головные боли, затрудненное дыхание, другие телесные ощущения, проблемы со сном, пелена перед глазами).

Действия (поступки). Это то, что подросток делает в связи со стрессовым событием и что способствует суицидальным эпизодам (расхаживает туда-сюда, изолируется от людей, закрывается в комнате, курит, кричит, ругается, затихает, наносит себе порезы, плачет, бьет предметы, ищет информацию о снотворных препаратах). Действия, которые появляются в модели кризиса, — это неконструктивные попытки справиться со стрессом. Как правило, они увеличивают суицидальный риск (как минимум, не помогают его снизить).

Их важно отделить от поведения, которое, наоборот, предотвращает суицид. Например: подросток звонит другу, чтобы слить эмоции; садится рисовать, играть на компьютере, записывает свои мысли, умывается холодной водой. Такие действия очень важны, и, если они появляются, их нужно записать отдельно. Это понадобится при следующих шагах.

Составление модели кризиса можно начинать с любого элемента. Например, с того, о чем подростку проще рассказать. Ниже приведены примеры вопросов, которые могут помочь в составлении модели кризиса:

- «Что-то случилось перед этим?»
- «Как ты оказался в этом месте?»
- «О чем конкретно ты думал в тот момент?»
- «Какие эмоции ты испытывал в тот момент?»
- «Какие и где ты почувствовал ощущения в своем теле?»
- «Что сказал тебе этот человек?»
- «В какой момент ты решил совершить попытку самоубийства?»

На рисунке 2 представлен пример, как может выглядеть модель кризиса.

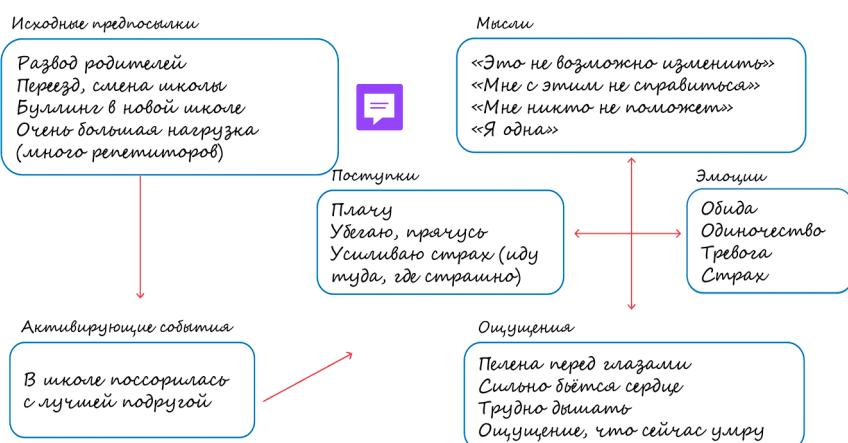


Рис. 2. Пример модели кризиса – девушка, 13 лет

Этап 4. Составление плана реагирования на кризис

На этом этапе необходимо:

- объяснить подростку, что такое план реагирования на кризис и зачем он необходим;
- помочь подростку определить и составить список личных «предупреждающих» сигналов кризиса;
- обсудить и записать действия, которые помогут снизить интенсивность эмоций и вернуть контроль над собой;
- определить людей (друзей, близких подростка), с которыми можно связаться и получить поддержку;
- составить список ресурсов профессиональной помощи;
- перепроверить план вместе с подростком, убедиться в его готовности воспользоваться данным планом.

Теперь, когда триггеры, провоцирующие суицидальное поведение, и сигналы, предупреждающие о возникновении кризисного состояния, известны, относительно них можно выстроить альтернативный безопасный план реагирования.

План реагирования — это письменный контрольный список того, что делать в кризисной ситуации, и поведенческие альтернативы (действия, которые снижают суицидальный риск). Это «живой» документ, он модифицируется и дополняется при необходимости.

Шаг 1. Представление и обоснование плана реагирования на кризис. Необходимо объяснить подростку, что такое план реагирования, зачем он нужен и что вы сейчас будете делать.

Шаг 2. Определение личных «предупреждающих» сигналов риска предполагает составление вместе с подростком списка сигналов, которые говорят о наступлении кризиса. Для этого можно использовать следующие вопросы: «Какие ситуации являются или могут стать наиболее стрессовыми для тебя?», «Как ты можешь это почувствовать, ощутить?», «Как это может проявиться?»

Шаг 3. Определение стратегий того, как можно управлять собой («вернуть штурвал в свои руки»). Можно обратиться к подростку следующим образом: *«Давай запишем на карточках некоторые стратегии, которые ты можешь использовать, чтобы справиться со стрессом или временно отвлечься от проблемы. Что помогает тебе меньше тревожиться, снять эмоциональное напряжение? Возможно, есть что-то, что помогало тебе раньше, но ты давно этого не делал? Как ты думаешь, сколько времени тебе нужно это делать, чтобы тебе стало легче? (обсудите с подростком каждую из помогающих ему стратегий: прыгать, слушать любимую музыку, принимать душ, говорить с подругой, гладить кошку и пр.). Давай запишем это напротив каждой стратегии».*

Шаг 4. Определение круга друзей, близких людей, членов семьи, с которыми можно связаться для получения поддержки и помощи. Для этого психолог предлагает подростку назвать и написать имена и номера телефонов людей, которые поддерживают его и/или помогают ему чувствовать себя лучше в моменты кризиса. Важно записать имя человека и его номер на отдельный лист, даже если эта информация есть в телефоне подростка. Это могут быть люди, с которыми можно связаться и открыто поговорить о проблеме, а также люди, с которыми можно просто поговорить и получить эмоциональную поддержку, не рассказывая им детали происходящего. Важно подчеркнуть, что подростку совсем не обязательно рассказывать о своем критическом состоянии. Достаточно просто поговорить с этим человеком, чтобы отвлечься от суициdalных мыслей, или иным образом получить от него поддержку. Можно задать подростку следующие вопросы: *«Кто помогает тебе чувствовать себя лучше, когда ты расстроен?», «Общение с кем отвлекает тебя от мрачных мыслей и переживаний и дает облегчение?»*

Шаг 5. Составление списка источников профессиональной помощи. Психолог обговаривает с подростком, и тот

фиксирует у себя контактную информацию служб и специалистов, которые могут оказать поддержку:

- как и в какое время можно связаться с самим психологом (и что делать, если психолог не отвечает);
- куда можно прийти (очные службы помощи, доступные по месту жительства);
- горячие линии, телефоны доверия (в том числе онлайн-чаты кризисной психологической помощи);
- экстренные службы помощи;
- службы спасения.

Шаг 6. Определение правил использования плана. Для этого можно использовать следующую формулировку: «Хорошо, давай вместе рассмотрим план. Как ты узнаешь, что его пора использовать? Заметив индикаторы риска, что ты будешь делать в первую очередь? Если эти стратегии невозможно будет использовать, что еще ты сможешь сделать? А если тебе нужно поговорить с профессионалом? Что можно и необходимо сделать? Очень хорошо! Тебе понятен план. Есть ли какие-то уточняющие вопросы?»

Шаг 7. Повышение вероятности использования плана. Для этого можно использовать шкалирование: «По шкале от 0 до 10, где 0 означает «маловероятно», а 10 — «очень вероятно», как бы ты определил вероятность того, что воспользуешься этим планом реагирования на кризис?»

Если рейтинг ниже 7 из 10: «Есть ли в этом плане какая-либо часть, которая снижает вероятность его применения? Что мы можем изменить в этом плане, чтобы повысить вероятность его применения?»

Если подросток говорит, что ничто не способно сделать план более полезным, можно сказать: «Когда мы составляли план, ты рассказал о многих стратегиях, которые уже работали раньше и, вероятно, будут полезны снова. Теперь ты говоришь, что те же самые стратегии не будут работать. Давай попробуем вернуться и разобраться, почему так происходит».

Подростку с высокой безнадежностью («Я не думаю, что вообще что-то поможет») психологу следует предложить опробовать эти стратегии в течение короткого периода времени (например, недели), чтобы посмотреть, как всё пройдет, а затем вместе определить, стоит ли продолжать использовать эти стратегии или необходимо внести какие-то изменения: *«Ты согласен потратить всего одну неделю на такой эксперимент?»*

Этап 5. Определение причин жить

На этом этапе необходимо:

- обсудить и составить с подростком список людей, событий, вещей и пр., которые являются для него поводом жить;
- усилить эмоциональную значимость причин жить;
- обсудить, как использовать составленный список;
- убедиться в готовности подростка это делать;
- предложить подростку собрать осязаемые доказательства ценностей жизни («сундучок надежд»).

В состоянии кризиса появляется суженное мышление — своеобразный «ментальный фильтр», из-за которого в первую очередь вспоминаются негативные обстоятельства. Если человек боится, то ему легче думается о чем-то пугающем; если находится в суицидальном кризисе — о том, из-за чего ему хочется умереть. Но это не означает, что, когда человек думает, что хочет свести счеты с жизнью, у него нет причин продолжать жить. Просто в момент кризиса их труднее вспомнить, труднее к ним обращаться. Именно поэтому главная задача этого этапа — актуализировать и усилить поводы жить, которые субъективно важны для подростка. Это повысит вероятность обращения к ним в моменты кризиса.

Шаг 1. Обсуждение и составление списка причин жить. Причинами или поводами жить может быть что угодно: люди, ценности, будущие приятные события, любимые занятия; вещи, которые волнуют; неоконченные начинания,

мечты, планы и пр. Каждая причина записывается на отдельной небольшой карточке.

Шаг 2. Усиление эмоциональной значимости причин жить. Это можно сделать, задав подростку следующие вопросы:

- «Расскажи об этом подробнее»;
- «Опиши, что случилось»;
- «Что в этом заставляет тебя хотеть жить?»
- «Почему ты считаешь это причиной жить?»
- «Что тебе нравится в этом?»
- «Почему этот человек так важен для тебя?»
- «Когда ты думаешь об этих причинах жить, как меняется твое настроение?»

Или можно предложить подростку следующее задание: «Выбери из списка наиболее важную для тебя причину жить. Я хочу, чтобы ты сейчас закрыл глаза и во всех подробностях описал причину, которая помогает тебе жить. Когда думаешь об этом, представь, как это звучит, выглядит и ощущается. Вспомни положительную историю, связанную с этой причиной жить, и опиши ее мне вслух с как можно большим количеством подробностей, чтобы мне стало ясно, о чем ты думаешь. Размышляя об этом, обрати внимание на то, как меняются настроение и мысли. Какие конкретные изменения происходят с твоими мыслями и чувствами, когда ты думаешь об этой причине жить?»

Шаг 3. Определение правил использования списка причин жить и повышение готовности. Необходимо:

- проговорить с подростком, что важно регулярно, несколько раз в день доставать карточки и просматривать список, стараясь его запомнить, мысленно представляя каждый из перечисленных пунктов;
- обсудить, есть ли место или ситуация, где или когда подросток с большой вероятностью мог бы практиковать это;
- определить частоту, время и продолжительность каждой практики.

Шаг 4. Повышение вероятности использования подростком списка причин жить. Для этого также используется шкалирование: «По шкале от 0 до 10, где 0 означает «маловероятно», а 10 — «очень вероятно», как бы ты определил вероятность того, что воспользуешься карточками и будешь делать это упражнение?»

Если рейтинг ниже 7 из 10: «Есть ли что-то, что снижает вероятность того, что ты будешь это делать? Что мы можем сделать, чтобы повысить твою готовность использования этого списка?»

Шаг 5. Собрать «Сундучок надежды». «Сундучок надежды» — это осязаемые доказательства ценности жизни, например, такие как: фотографии близких, письма друзей, диски с приятной музыкой, амулеты, сувениры из поездок, символы жизненных ценностей и достижений и пр. Все эти предметы нужно сложить, например, в красивую коробочку или шкатулку. Психолог предлагает подростку принести эту коробочку с предметами на следующую консультацию и затем просит рассказать про каждый предмет. На консультации можно также добавлять в этот набор какие-то предметы.

Этап 6. Составление плана обеспечения безопасности и поддержки

Этот этап реализуется совместно со взрослым (родителем, законным представителем), который готов помочь и оказывать подростку поддержку.

На этом этапе необходимо:

- обсудить вопрос безопасности и ограничения доступа к возможным средствам совершения суицида;
- попросить подростка рассказать взрослому о суициdalном эпизоде и плане реагирования на кризис, затем обсудить способы, которыми взрослый может оказать подростку помощь;

- составить письменный план безопасности и поддержки во время кризиса;
- убедиться в готовности подростка и взрослого следовать этому плану;
- составить план действий в чрезвычайной ситуации (экстремные меры безопасности).

Шаг 1. Поднять вопрос о безопасности и ограничении доступа к возможным средствам совершения суицида. Необходимо проинформировать взрослого о безопасном использовании и хранении оружия, лекарств, бытовой химии и пр. Важно проговорить для взрослого, что:

- периоды острого суициdalного дистресса коротки;
- повторные попытки возможны, хотя и маловероятны у тех, кто справился с острым суициdalным кризисом и получает помощь;
- легкий доступ к смертоносным средствам (оружие, излишek лекарств и пр.) — серьезный фактор, определяющий смертельный исход попытки.

Затем следует предложить взрослому поговорить о том, как сделать дом максимально безопасным для подростка, какие действия необходимо для этого предпринять.

Шаг 2. Попросить подростка рассказать взрослому о составленном ранее плане реагирования на кризис. Затем предложить подростку и взрослому определить несколько способов, с помощью которых последний сможет оказать поддержку.

Шаг 3. Составить письменный план безопасности и поддержки в кризис. Предложить зафиксировать то, что вы обговорили раньше, а именно шаги по обеспечению безопасности и способы поддержки подростка.

Шаг 4. Спросить, есть ли у подростка или взрослого какие-то вопросы или опасения по поводу плана, насколько он реализуем и нужно ли что-либо изменить или добавить, чтобы повысить реализуемость плана. Для этого, как и ранее, можно использовать шкалирование: «По шкале от 0 до

10, где 0 означает «маловероятно», а 10 — «очень вероятно», как бы вы определили вероятность того, что воспользуетесь этим планом обеспечения безопасности?»

Если рейтинг ниже 7 из 10: «Есть ли в этом плане какая-либо часть, которая снижает вероятность его применения? Что мы можем изменить в этом плане, чтобы повысить вероятность и вашу готовность его применить?»

Шаг 5. Составить план действий в чрезвычайной ситуации. Важно обсудить со взрослым экстренные меры, которые необходимо предпринять в случае кризиса или неизбежного риска суицида, которые могут включать госпитализацию подростка в больницу, вызов врачей на дом, вызов экстренных служб, а также способы связи с психологом или другими специалистами программы.

Завершение работы

Как и в любой программе психологической помощи, на завершающей сессии важно подвести итоги и проанализировать результаты работы, в том числе оценить актуальный уровень суициdalного риска и составить прогноз относительно его дальнейшей динамики с учетом существующих факторов риска и протективных факторов.

Если вероятность повторного возникновения суициdalного кризиса (усиления суициdalного риска) существует, рекомендуется дальнейшая работа с подростком и его ближайшим окружением. Она должна быть направлена на усиление протективных обстоятельств и ослабление факторов, которые составляют основу суициdalной уязвимости (третий этап помощи, рисунок 1).

Если оказание психологической помощи на данном этапе завершается, рекомендуется сохранять контакт с подростком и его окружением, чтобы осуществлять мониторинг психологического состояния подростка и отслеживать устойчивость изменений.

Задачи дальнейшей психологической помощи

Программа помощи, описанная в предыдущем подразделе, сфокусирована на работе непосредственно с суицидальным поведением. Но нельзя забывать, что такое поведение всегда формируется под влиянием совокупности факторов — как внешних (факторы среды, взаимоотношения с окружающими), так и внутренних (психологические характеристики личности, психическое здоровье).

В ряде случаев можно выделить отдельное событие, которое явилось триггером и спровоцировало совершение суицидальной попытки (суицида). Однако всегда присутствуют и другие обстоятельства, которые повышают суицидальную уязвимость, то есть вероятность выбора именно самоубийства как способа реагирования на неблагоприятное событие или способа решения проблемы. В большинстве случаев без работы с данными факторами невозможно свести суицидальный риск к нулю.

Суицидальный риск — это динамическая характеристика. Помощь подростку в понимании того, каковы причины суицидального кризиса, и освоении новых безопасных способов реагирования на неблагоприятные события и обстоятельства существенно снижает риск опасного поведения. Однако если неблагоприятные факторы, формирующие суицидальную уязвимость, продолжают воздействовать на подростка, то, к сожалению, нельзя исключать вероятность повторного возникновения кризиса.

Именно поэтому помимо психологической помощи, непосредственно направленной на снижение вероятности формирования суицидального поведения, необходимо решать и другие задачи.

Мониторинг эмоционального состояния. Чтобы исключить повторное возникновение кризиса, важно проследивать устойчивость эмоционального состояния подростка и изменение его способов реагирования на стресс-

факторы. Делать это надо в течение некоторого времени после завершения программы помощи, желательно не менее полугода. Это можно осуществлять посредством периодических индивидуальных консультаций психолога, участия подростка в профилактических занятиях и тренингах, консультаций (встреч) с родителями и др.

Работа с внешними факторами, формирующими суициdalную уязвимость. Важно помнить, что такая работа далеко не всегда является зоной ответственности психолога, который оказывает индивидуальную помощь подростку. Однако при выявлении факторов внешнего неблагополучия важно подключать специалистов, в полномочия которых входит решение данных проблем (например, травля со стороны сверстников, насилие со стороны взрослых и другие подобные обстоятельства).

Если становится известно, что подросток находится в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении, должностные лица обязаны информировать органы и учреждения системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних о выявлении данных фактов. В этих случаях психологу необходимо поступать согласно действующему законодательству и порядку, утвержденному в организации. Это не означает, что оказание психологической помощи подростку на этом завершается. Нередко, наоборот, продолжение работы психолога с подростком необходимо, но задачи этой работы могут быть скорректированы или дополнены.

Усиление защитных факторов и работа с внутренними факторами, формирующими суициdalную уязвимость. Эти задачи могут решаться в рамках последующей (в том числе долгосрочной) психологической помощи. Более того, они могут рассматриваться как приоритетные в рамках работы психолога по профилактике суициdalного поведения несовершеннолетних. Наиболее часто это следующие задачи:

- повышение психологической устойчивости к стрессу;
- развитие навыков регуляции собственного эмоционального состояния подростка;
- повышение осознанности, в том числе в части понимания механизмов формирования эмоционального кризиса, понимания причинно-следственных связей (как события влияют на состояние и как этим можно управлять);
- повышение уверенности в себе, укрепление позитивного отношения к себе, восстановление позитивной самооценки;
- развитие навыков целеполагания и навыков решения проблем;
- развитие коммуникативных навыков и навыков конструктивного разрешения конфликтов;
- при выявлении травматического события, которое привело к возникновению суицидального риска, — снижение негативных последствий пережитой травмы, в том числе через проработку данного события.

Психологическая помощь, направленная на гармонизацию отношений между подростком и его родителями. Гармонизация отношений подростка с родителями является одной из приоритетных задач помощи, когда речь идет о суицидальном риске. Сложности в отношениях с родителями выступают одним из ведущих факторов формирования суицидального риска. Зачастую эта работа невозможна без участия самих родителей. Если родитель изначально вовлечен в оказание помощи подростку, то, как правило, работа с родителем начинается практически сразу. Однако в некоторых случаях родитель может демонстрировать нежелание работать с психологом. В этом случае, чтобы снизить психологические защиты и повысить готовность родителя к работе со специалистом, можно начать разговор, основываясь на принципах и техниках мотивационного консультирования.

Задачами психологического взаимодействия с родителями могут быть повышение их чувствительности к состо-

янию и потребностям подростка, коррекция родительских установок и ожиданий от подростка; необходимость изменений способов мотивации и поддержания дисциплины; работа, направленная на отказ родителя от применения эмоционального или физического насилия (в том числе когда насилие применяется с целью воспитания) и др.

Помимо этого, важно помнить, что в ситуации суициdalного риска необходимо содействовать обращению подростка и его родителей за психотерапевтической или психиатрической помощью, поскольку риск может быть обусловлен наличием эмоциональных расстройств или иных нарушений, при которых требуется помочь медицинских специалистов. Опять же, это не означает, что психологическая помощь на этом останавливается. Однако необходимо, чтобы задачи медицинской и психологической помощи не противоречили друг другу.

Контрольные вопросы к разделу 3

1. Какие существуют стратегии оказания психологической помощи в ситуации суициdalного риска и чем обоснован выбор той или иной стратегии?
2. Какие стадии можно выделить в развитии кризисного состояния? Дайте основные характеристики для каждой из стадий.
3. Что такое кризисная интервенция? Назовите и опишите не менее трех техник, используемых в кризисной интервенции.
4. Что такое «модель кризиса», «план реагирования на кризис», для кого и как они составляются?
5. Почему в состоянии кризиса подростку проще говорить о причинах для смерти, чем о причинах для жизни?
6. Как составляется план обеспечения безопасности и поддержки?
7. Перечислите возможные задачи психологической помощи подростку в ситуации суициdalного риска.

Рекомендуемая литература к разделу 3

1. Боголюбова О.Н., Кисилева Е.В. Психологические и психофизиологические характеристики переживания стыда: роль неблагоприятного детского опыта // Вестник СПбГУ. Сер. 12. Психология. Педагогика. 2015. Вып. 2. С. 30-44.
2. Брайан К.Дж., Радд М.Д. Когнитивно-поведенческая терапия для предотвращения суицида. — СПб: ООО «Диалектика», 2021.
3. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением. Суицидология. 2020; 11 (1): 53-69.
4. Зотов М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Книга]. — СПб: Речь, 2006. С. 1-144.
5. Зотов, П. Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп / П.Б. Зотов // Суицидология. 2013. Т. 4, №2 (11). С. 58–63.
6. Меринов, А.В. Религиозно-церковные возможности профилактики аутоагрессивного поведения: взгляд суицидолога / А.В. Меринов, П.Б. Зотов, И.М. Шишкова // Суицидология. 2021. Т. 12, №4 (45). С. 3–15. DOI 10.32878/suiciderus.21-12-04(45)-3-15.
7. Розанов В.А., Лаская Д.А., Шаболтас А.В. Самоубийства студентов что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты анализа сообщений сетевых СМИ) // Суицидология. 2021; 12 (3): 39–57.
8. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Рахимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Суицидология. 2016; 3(24): 20–32.
9. Сафонов В.К., Абабков В.А., Веревочкин С.В., Войт Т.С., Ураева Г.Е., Потемкина Е.А., Шаболтас А.В. Биологические и психологические детерминанты реагирования на ситуации социального стресса. // Вестник Южно-Уральского

- государственного университета. Серия: Психология. Том 6. №3, С. 82–89.
10. Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., Самохин Д.В. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2015, №2 (87) 71–75.
 11. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований. Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2014. Вып 3. С. 5–16.
 12. Bryan C.J., Rudd M.D. Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention. Gilford press, 2018.
 13. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // American Journal of Preventive Medicine. 1998. May; Vol. 14 (4). P. 245–258.
 14. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman E.M., Huang X., Musacchio K.M., Jaroszewski A.C., Chang B.P., Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research [Статья] // Psychological Bulletin. 2017. 2 : T. 143. P. 187–232.
 15. McKay S., Veresova M., Bailey E., Lamblin M., & Robinson J. Suicide Prevention for International Students: A Scoping Review. International journal of environmental research and public health, 2023, 20(2), 1500.
 16. Testoni I., Piol S., & De Leo, D. Suicide Prevention: University Students' Narratives on Their Reasons for Living and for Dying // International journal of environmental research and public health, 2021, 18(15), 8029.
 17. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. The interpersonal theory of suicide // Psychol Rev 2011, 117:574–600.

Раздел 4.

ПОДДЕРЖКА СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ С ПОДРОСТКАМИ И МОЛОДЫМИ ВЗРОСЛЫМИ В СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Психологический стресс и профессиональное выгорание в работе консультантов

Психологическое консультирование и сопровождение как профессиональные виды деятельности психолога со-пражены со специфическими профессиональными рисками в области психологического благополучия самих консуль-тантов. Помогающие профессии, связанные с тесным меж-личностным взаимодействием и столкновением с тяжелым эмоциональным опытом лиц, которым оказывается помощь, характеризуются высоким риском профессионального выго-рания и вторичной виктимизации (вторичного травматиче-ского стресса), по сути, являющимися формами адаптации специалиста к тяжелому эмоциональному опыту клиентов и нормальными реакциями на содержание профессиональной деятельности. В процессе работы консультантов проявления выгорания и виктимизации накапливаются и могут при-водить к негативным последствиям для психологического благополучия и жизнедеятельности профессионалов как в области физического и психического здоровья, так и в сфере межличностного взаимодействия с близкими и коллегами и, в конечном итоге, сказываться на эффективности професси-ональной деятельности и сохранении в профессии (Малки-на-Пых, 2006; Водопьянова и Старченкова, 2008). Феномены професионального выгорания и вторичной виктимизации взаимосвязаны, но не являются полными аналогами. Ос-новные различия лежат в причинах возникновения и временных аспектах. Выгорание может возникать при работе с любыми клиентами, накапливаясь постепенно. Вторичная же виктимизация может наступить внезапно, являясь реак-цией на травматические или проблемные ситуации клиен-та, связанные с тяжелым эмоциональным опытом (насилие, смерть, военная травма, суициdalный опыт и т.п.).

Термин «сгорание», или «выгорание», был предложен американским психологом Фройденбергером в 1974 году

для описания психологического состояния специалистов, чья работа связана с тесным взаимодействием с клиентами и их эмоциональным опытом (врачей, социальных работников, психологов и др.). Повышенное эмоциональное напряжение и стресс у специалистов обусловлены постоянным столкновением с тяжелыми негативными переживаниями и личностным вовлечением в проблемы клиентов, что может приводить к усталости, истощению, чувствам беспомощности, неуспешности и бесполезности их работы. В профессиональном контексте также нарастают тенденции циничного и негуманного обращения с клиентами (Freudnerger, 1974).

Проявления вторичной виктимизации очень похожи на симптомы посттравматического стрессового расстройства в ответ на тяжелые травматические ситуации, связанные со смертью, острым горем или утратой. Тесное и, особенно, длительное взаимодействие консультантов с подобным опытом клиентов приводит к тому, что у первых возникают и усиливаются аналогичные переживания, состояния, когнитивные и поведенческие проявления, являющиеся признаками посттравматического стресса, горя или утраты.

Вторичная виктимизация у консультантов проявляется в тех же негативных изменениях, которые происходят у клиентов с тяжелым травмирующим опытом, как в системе базовых представлений о себе и окружающем мире, так и в сфере профессиональных ресурсов и удовлетворенности деятельностью. Психологическая помощь и сопровождение лиц, переживающих тяжелые кризисные ситуации, связанные с высоким суицидальным риском или поведенческими анти-витальными проявлениями, включая попытки суицида, могут приводить к тяжелым эмоциональным переживаниям и снижению позитивных жизнеутверждающих установок у самих консультантов. Профессионалы могут начать ощущать утрату устойчивости и способности поддерживать внутреннее равновесие, снижение фрустрационной толерантности, нарастание тревоги. У них могут возникать необъяснимые

вспышки гнева и печали. Консультанты могут переживать чувства ожесточения и эмоционального онемения, терять радость жизни и желание общаться с близкими людьми; начать переживать антивитальные настроения, апатию и депрессию. Подобные состояния могут приводить к изоляции и потере веры как в свою личную профессиональную эффективность, так и в целом в профессию.

В работе Малкиной-Пых «Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога» дается подробное описание специфики и факторов риска возникновения и развития профессионального выгорания и вторичной виктимизации различного уровня. В соответствии с многоуровневой экологической моделью функционирования человека можно выделить факторы индивидуального уровня (установки и представления специалиста о своей работе, личностные особенности, стаж и опыт работы, наличие поддержки, индивидуальные стратегии совладания с трудностями и др.), а также микро- и макросоциальные детерминанты (близкое социальное взаимодействие, социальный, культурный и политический контекст) и специфические организационные факторы, включая условия работы, ролевые конфликты и неадекватные ожидания (Ильина, Соловейчик, 2002; Малкина-Пых, 2006). Одним из ключевых факторов профилактики возникновения и развития профессионального выгорания и вторичной виктимизации у консультантов является профессиональная поддержка, которая может иметь различные формы — от регулярного тесного взаимодействия с коллегами в процессе работы при ведении конкретных случаев до специально организованных индивидуальных и групповых форм поддерживающих мероприятий (супервизий, интервизий, балинтовских групп, групп поддержки для консультантов по отдельным областям и проблематикам работы).

Супервизия как форма профессиональной поддержки консультантов

Для успешной и длительной работы психолога в качестве консультанта важное значение имеют не только специальная практическая подготовка в области осуществления психологических вмешательств в отношении клиента, но и специальные мероприятия, направленные на профессиональную гигиену и заботу о собственной личности и благополучии. В рамках базового профессионального образования будущие психологи осваивают целый комплекс практических навыков, который включает и практику работы с клиентами (индивидуальное и семейное консультирование, групповую работу), и личную психотерапию и супервизию (*supervise* — присматривать, наблюдать). Супервизия представляет собой форму регулярного тесного и доверительного межличностного взаимодействия более опытных коллег (супервизоров) и супервизируемых как по поводу конкретной профессиональной ситуации, так и в связи с личными сложностями супервизируемого. Такие сессии могут проводиться либо индивидуально, либо в групповом формате.

Основным целями супервизии являются профилактика выгорания работающих специалистов и обеспечение высокого качества выполнения ими профессиональной деятельности (психологического консультирования, психотерапии, диагностики, сопровождения и др.), в первую очередь, с точки зрения заботы о клиентах.

Основной задачей для супервизора при проведении супервизии является создание условий для проработки личных затруднений, возникающих у обучающегося или работающего консультанта в ходе практической деятельности при взаимодействии с клиентами и коллегами.

В настоящее время в отечественной практике индивидуальная и групповая супервизия используется в двух случаях. Во-первых, как обязательная часть освоения базовых

образовательных программ по направлению «Психологические науки», прежде всего, в рамках программы специалиста «Клиническая психология», что закреплено в действующих с 2020 года федеральных образовательных стандартах в части обязательных учебных дисциплин и практик (например, в рамках учебной дисциплины «Квалификационная практика с супервизией»). Во-вторых, возможность для получения супервизии должна предоставляться всем практикующим специалистам, занимающимся психологическим консультированием и психологическим сопровождением, особенно в сфере кризисной психологической помощи. С точки зрения Ховкинса, супервизия — это совместное усилие, в рамках коего практикующий специалист с помощью супервизора заботится о своих клиентах, которые сами являются частью отношений со специалистом и более широким системным контекстом (Ховкинс, Шохет, 2002). Супервизия улучшает качество работы, способствует развитию личностных и профессиональных навыков специалиста, расширению его профессиональных компетенций, включая знания, навыки, профессиональные отношения и ценности (Кулаков, 2023).

В ходе прохождения супервизии могут вырабатываться и совершенствоваться следующие профессиональные навыки:

- постановка практической профессиональной задачи;
- комплексный психологический анализ проблемной ситуации, представленной в задаче;
- разработка и реализация программы комплексного исследования в целях индивидуальной психологической диагностики и оценки социально-психологических факторов;
- разработка и реализация психологических вмешательств и оценка их эффективности;
- разработка научно-обоснованных психологических рекомендаций прикладного характера;

- выбор оптимальных решений практических задач с учетом их обоснованности, информационной, социальной и экономической безопасности;
- способность и готовность к эффективному взаимодействию со специалистами, организациями и службами, вовлеченными в процесс решения практических профессиональных задач;
- рефлексия и вентиляция собственных переживаний и эмоциональных состояний, установок, навыков преодоления внутренних барьеров и стигм в отношении конкретных клиентов, проблемных ситуаций и способов решения;
- осознание возникающих в ходе решения практической задачи этических вопросов, их разрешение в соответствии с принятыми профессиональным сообществом психологов этическими принципами.

Важными компонентами супервизии являются обеспечение безопасной и безоценочной среды, обеспечение психологической и профессиональной поддержки, обсуждение (концептуализация случая), обеспечение обратной связи, моделирование разрешения затруднений, информационная поддержка в виде получения новой теоретической и практической информации.

В ходе супервизии супервизор как опытный эксперт (ведущий) помогает участникам выстраивать границы между профессиональными задачами и личными взглядами на проблематику клиента и профессиональные ситуации, буквально — осознавать, понимать и анализировать собственные личные переживания, установки и мировоззрение в контексте их влияния на профессиональные действия. Супервизия является важным инструментом для осознания и разрешения профессиональных этических дилемм и конфликтных ситуаций.

Супервизия позволяет обеспечить «взгляд с другой стороны» как на текущие переживания супервизируемого

в отношении конкретного клиента или клиентов вообще, так и на себя самого как специалиста (Кулаков, 2023).

Супервизия отличается от неформальной беседы коллег, личной психотерапии и педагогического процесса. Это больше партнерское сотрудничество двух профессионалов (более опытного и менее опытного или равных по опыту), в ходе которого консультант в условиях конфиденциальности получает возможность поделиться своими чувствами, выявить и понять свои затруднения, проанализировать свою работу и наметить перспективы на будущее (Ильина, Соловейчик, 2002).

Структура супервизорской индивидуальной сессии похожа на структуру терапевтической (консультативной) сессии, в рамках которой заранее должны быть четко определены роли супервизора и супервизируемого, даже если супервизия проводится между равными по статусу и опыту коллегами (интервизация). Также важно заранее оговаривать временные рамки и организационные условия для обеспечения конфиденциальности и безопасности; соблюдать структуру, использовать навыки консультирования и обратной связи. В своих практических рекомендациях и работах, посвященных супервизии, С. А. Кулаков, руководитель супервизорского совета и один из ведущих супервизоров Российской психотерапевтической ассоциации, приводит основные рекомендации для супервизоров при проведении супервизорской сессии или группы:

1. Концентрироваться на поведении, а не на личности: что человек делает, а не каким, по нашему мнению, он является. Используйте в своей речи глаголы, которые характеризуют действия, а не прилагательные, которые относятся к качествам;
2. Наблюдать, а не интерпретировать: что он сказал или сделал, а не почему (наши фантазии);
3. Описывать, а не судить и оценивать;
4. Быть конкретным, а не обобщать;

5. Уделять внимание информации и концепциям, избегая советов;
6. Ориентироваться на консультанта, давать то количество информации, которое он способен принять, а не то, которое вам хотелось бы дать;
7. Говорить о поведении, которое возможно изменить (Кулагов, 2002).

В зависимости от возможностей и конкретных условий профессиональной деятельности формы организации супервизорской поддержки могут быть различными. На практике используются такие формы:

- 1) с руководящей ролью одного супервизора (один на один, один на двоих, групповая форма);
- 2) смешанная форма (супервизор осуществляет супервизию совместно с группой);
- 3) интервизация — взаимная супервизия равных по статусу (один на один, групповая).

Групповая супервизия, которая чаще всего выглядит, как групповое обсуждение, организуется с учетом традиционных базовых принципов и правил проведения групповых тренингов, включая безопасность, конфиденциальность, безоценочность, уважение, равное внимание и др.

Профилактика вторичной виктимизации

Тяжелые кризисные и экстремальные ситуации, связанные с угрозой жизни или утратами, вызывающие травматические переживания и суицидальные тенденции, включая переживания, мысли, суицидальные попытки, неминуемо требуют высоких профессиональных компетенций, но и личностных ресурсов, когнитивных и поведенческих умений сохранения позитивных установок, эмоциональной устойчивости, готовности и желания работать. При суицидальном риске консультанту особенно важно проявлять эмпатию и поддержку, по сути, разделяя и принимая тяжесть переживаний и антивитальных тенденций, которые могут «ударять и разрушать» позитивную картину мира самого консультанта.

В этой связи, с профессиональной точки зрения, крайне важна профилактика возможной вторичной виктимизации и негативных антивитальных переживаний у консультантов. В методических рекомендациях для проведения супервизии и профилактики вторичной виктимизации Соловейчик с коллегами описывает два основных направления профессиональной поддержки для консультантов:

1. **Забота о себе и снижение уровня стресса.**

Для снижения стресса консультантам рекомендуется продумать и регулярно реализовывать различные мероприятия и занятия, включая здоровый образ жизни, общение с близкими и друзьями; получение удовольствий во время игр, хобби, спортивных занятий; сознательные усилия по отвлечению от переживаний, связанных с работой;

2. **Трансформация негативных убеждений, чувства отчаяния, утраты смысла и безнадежности.**

В качестве рекомендаций можно использовать следующие:

- стремление находить смысл во всем — как в значительных событиях жизни, так и в привычных, обыденных действиях;

- стремление бросить вызов негативным убеждениям и отчаянию;
- создание и активное участие в жизни профессиональных сообществ (Ильина, Соловейчик, 2002).

В справочнике практического психолога «Экстремальные ситуации» Малкина-Пых указывает на то, что специалисты выделяют три аспекта работы со вторичной травмой: осознание, баланс и связь.

Осознание касается всех аспектов наших переживаний: снов, воображения, чувств, телесных ощущений. Осознанию необходимо уделять специальное время, невозможно быть осознающим, если вы постоянно что-то делаете.

Баланс имеет отношение и к внешней, и к внутренней жизни. Баланс работы и отдыха, физической и умственной активности и т.д., внутреннее равновесие.

Связь с другими людьми и с чем-то высшим. Человек, переживший травму, склонен видеть лишь одну, негативную сторону мира. Поэтому специалисту помогающей профессии важно сохранять целостное видение мира, не утрачивать ощущения связи с другими людьми и чем-то высшим — природой, Богом, искусством, иначе можно потеряться в мире жестокости и страданий вместе с клиентами.

Первый шаг в работе со вторичной травмой — принять ее существование, на глубоком уровне признать свои внутренние проблемы и боль. Дорогу к изменениям открывают полнота осознания, наполненность смыслом, то есть принятие каждого момента без попыток изменить или осудить происходящее.

В профессиональной сфере для успешной работы со вторичной травмой необходимо:

- соблюдать баланс в работе (не браться за работу с несколькими тяжелыми клиентами одновременно, позволять себе делать перерывы, расслабляться, выполнять физические упражнения, прогуливаться, иногда даже вздремнуть);
- поддерживать отношения с коллегами (слушать и рассказывать, получать и давать помощь);

- участвовать в супервизиях, посещать тренинги;
- целенаправленно работать со вторичной травмой, то есть иметь пространство, где можно говорить о чувствах, которые вызывает работа, о взаимосвязи личной истории и профессиональной роли. Эта работа может происходить как в форме индивидуальных консультаций, так и в группах реабилитации и профессиональной поддержки специалистов. В организационной сфере – организационное обеспечение вышеприведенного.

В личной сфере основная стратегия заключается в том, чтобы иметь какую-либо определенную стратегию. Если работа станет содержанием вашей жизни, от этого пострадают и жизнь, и работа. Кроме того, это будет плохой моделью для ваших клиентов и обеднит вашу личность. В своей личной жизни важно найти возможность проявить себя в качестве, противоположном тому, которое требуется на работе. Например, если работа требует от вас быть собранными, следовать правилам, – важно найти пространство, где вы сможете быть спонтанными, глупыми, бездумными.

Очень серьезной проблемой для специалиста, имеющего дело с травмой, могут стать навязчивые образы, связанные с историями клиентов. Вот некоторые рекомендации по поводу работы с этой проблемой:

- можно поделиться своими переживаниями с коллегой, это поможет снизить эмоциональный накал;
- можно попытаться понять, почему именно этот образ за-владел вами, что задевает в вас это представление, какая ваша невысказанная потребность говорит через этот образ;
- можно использовать направленное воображение и попытаться трансформировать образ, вводя в него дополнительные элементы. Например, вводя в сцену насилия сказочного волшебника или наделяя себя самого нечеловеческой силой, способной справиться с агрессором; или представляя, как насильник превращается в жабу на хо-

дулях; или представляя вокруг ребенка, подвергшегося нападению, защитное облако, которое делает его недосыгаемым для нападения.

Таковы общие направления профилактики профессионального выгорания и снижения интенсивности влияния вторичной травмы.

Контрольные вопросы к разделу 4

1. Каковы причины возникновения выгорания в работе психологов-консультантов?
2. Что такое супервизия и почему она важна в работе психологов?
3. Раскройте понятие «вторичная виктимизация».

Рекомендуемая литература к разделу 4

1. Бадхен А.А., Родина А.М. Мастерство психологического консультирования. — СПб: Речь, 2014. 240 с.
2. Бьюдженталь Дж. Искусство терапевта. — СПб: Питер, 2001.
3. Кулаков С.А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. — Речь, 2002. 235 с.
4. Кулаков С.А. Супервизия в психотерапии : Учебное пособие для супервизоров и супервизантов. 4-е издание. — Издательские решения, 2022. 240 с.
5. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. — М.: Изд-во Эксмо, 2006. 960 с. (Справочник практического психолога.)
6. Соловейчик М.Я. Супервизия / Мастерство психологического консультирования. Под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. — СПб: Европейский дом, 2002.
7. Старшенбаум Г.В. Работа психолога над собой: техники внутренней супервизии. — Феникс. 2014. 269 с.
8. Уильямс Э. Вы супервизор. Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. — Класс. 2001. 288 с.

9. Якобс, Д., Дэвис, П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования. — Изд-во Б.С.К., 1997.

Список использованных источников

1. Амбрумова А.Г. Социально-психологические факторы в формировании суицидального поведения: методические рекомендации / А.Г. Амбрумова, Л.И. Постовалова. — М., 1991. 17 с.
2. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О некоторых особенностях суицидального поведения детей и подростков // Журнал невропатологии и психиатрии. 1983. Т. 83. С. 1544–1547.
3. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. — М., 1978. 13 с.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида. // Вопросы психологии. 1981. 4: 91-102.
5. Бадхен А.А. (ред.). Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. Михайлова Т.И., Певзнер М.М. (сост.). — СПб: Ин-т психотерапии и консультирования «Гармония», 2001.
6. Бадхен А.А., Родина А.М. Мастерство психологического консультирования. — СПб: Речь, 2014. 240 с.
7. Батлук Ю. В., Пойлова Я. П. Суицидальные тенденции у людей с татуировкой // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2020. Т. 10. №3. С. 338–352.
8. Бебчук М.А., Басова А.Я., Безменов П.В., Рытик Э.Г., Северина Ю.В., Залманова С.Л. Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ». — М., 2019. С. 12–13.
9. Бек Аарон, Раш А., Шо Брайан, Эмери Гэри. Когнитивная терапия депрессии. — СПб: Питер, 2003.
10. Боголюбова О.Н., Кисилева Е.В. Психологические и психофизиологические характеристики переживания стыда: роль неблагоприятного детского опыта. // Вестник

- СПбГУ. Сер.12. Психология. Педагогика. 2015. Вып. 2. С. 30–44.
11. Брайан К.Дж., Радд М.Д. Когнитивно-поведенческая терапия для предотвращения суицида.: пер. с англ. — СПб: Диалектика, 2021. 464 с.
12. Бьюдженталь Дж. Искусство терапевта. — СПб: Питер, 2001.
13. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. — СПб: Питер, 2008. 258 с.
14. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Всемирная организация здравоохранения. <https://iris.who.int/handle/10665/89126> (доступ на 03.01.2025).
15. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — Н. Новгород: Изд-во НГМД, 1998.
16. Горбатков А.А. Шкала надежды-безнадежности: дименсиональная структура и ее детерминанты // Российский психологический журнал, 2007. №4 (2).
17. Горбатов С.В., Арбузова Е.Н., Шаболтас А.В., Горбачева В.В. Особенности Я-концепции девочек подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением. Суицидология. 2020; 11 (1): 53–69.
18. Золотарева А.А. Психометрическая оценка русскоязычной версии шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) // Психологический журнал, 2021. №5.
19. Золотарева А.А. Шкала душевной боли: психометрическая оценка полной и краткой версий // Вопросы психологии, 2022. №1.
20. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция [Книга]. — СПб: Речь, 2006.
21. Зотов, П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп / П. Б. Зотов // Суицидология. 2013. Т. 4, №2 (11). С. 58–63.
22. Ильина И.Г., Соловейчик М.Я. (ред.) Методические материалы по работе со вторичной травмой // Конфликт и травма.

- Вып. 1. Актуальные вопросы оказания помощи при травматических и посттравматических стрессовых расстройствах. — СПб: Ин-т психотерапии и консультирования «Гармония», 2002.
23. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., в 2 т. — М.: Медицина, 1994.
24. Каравасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Кризисная интервенция. — СПб: Питер, 1998. с 226.
25. Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска. Психологические исследования. 2023. Т. 16, №90. С. 7. URL: Адрес статьи: <https://doi.org/10.54359/ps.v16i90.1439>.
26. Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести суицидального поведения (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS): методические рекомендации / НМИЦ ПН имени В. М. Бехтерева; авторы-сост.: Шаболтас А.В., Батлук Ю.В., Розанов В.А., Красько Е.Л. — СПб., 2025.
27. Кулаков С.А. На приеме у психолога подросток: Пособие для практических психологов. — СПб: Изд-во РГПУ имени А. И. Герцена; Изд-во «Союз», 2001.
28. Кулаков С.А. Практикум по супervизии в консультировании и психотерапии. — М.: Речь, 2002. 236 с.
29. Кулаков С.А. Клиническая супervизия. Учебное пособие для супervизоров и супervизантов, 3-е издание. — СПб: Изд-во «Ridero», 2024. 264 с.
30. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор // Консультативная психология и психотерапия. 2008. Том 16. №4. С. 58–82.
31. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей / А.Е. Личко. 2-е издание, дополненное и переработанное. — Ленинград: Медицина, 1985.
32. Макашева В.А., Слободская Е.Р. Предупреждение суицидального поведения несовершеннолетних и антикризи-

- сная помочь детям и их семьям в системе здравоохранения // Российский психиатрический журнал, 2013. №3.
33. Менninger K. Война с самим собой [Книга] / перев. Ю. Бондарев. — М.: ЭКСМО-пресс, 2001.
34. Меринов А.В. Религиозно-церковные возможности профилактики аутоагрессивного поведения: взгляд суицидолога / А.В. Меринов, П.Б. Зотов, И.М. Шишкова // Суицидология. 2021. Т. 12, №4(45). С. 3-15. DOI 10.32878/suiciderus.21-12-04(45)-3-15.
35. Мыльникова Ю.А. Клинические и социально-психологические предикторы аутоагрессивного поведения лиц до-празывного и призывного возраста/ автореф. — Краснодар, 2015 г.
36. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суициального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архів психіатрії. 2003. Том 9, №4. С. 18–26.
37. Подросток в мегаполисе: неравенство и возможности: сб. трудов XIII Междунар. научно-практич. конф. (14–16 апреля 2020 года, Москва) [Электронный ресурс] / сост. А.А. Бочавер, М.Я. Кац; отв. ред. А.А. Бочавер; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», Ин-т образования. Электрон. текст. дан. (объем 1,9 Мб). — М.: Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2020. 183 с.
38. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков [Журнал] // Возрастная психология: детство, отрочество, юность: хрестоматия / ред. В. С. Мухина, А. А. Хвостов. — М.: Академия, 2003. С. 449-451.
39. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2005. №2. С. 24–26.
40. Практикум по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних / Смыкало Л.В., Богомазова К.А., Батлук Ю.В., Шаболтас А.В., Суворова С.В., Майорова Т.О., Карловская К.В. // СПб: МОО «Врачи детям», 2025. 46 с.
41. Розанов В.А., Лаская Д.А., Шаболтас А.В. Самоубийства студентов что мы знаем, и чего мы не знаем (результаты

- анализа сообщений сетевых СМИ) // Суицидология. 2021; 12 (3): 39-57.
42. Розанов В.А., Незнанов Н.Г., Ковалев А.В., Семенова Н.В., Шаболтас А.В. Превенция суицидов в контексте профилактической медицины // Профилактическая медицина. 2022. Т. 25, №5. С. 101–109.
43. Розанов В.А. Роль взаимодействия генов и среды в формировании нарушений психического здоровья детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 2012. №9. С. 97–102.
44. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков что происходит, и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5, №4(17). С. 16–31.
45. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Рахимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Суицидология. 2016; 3(24): 20-32.
46. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 4: 52-54.
47. Сафонов В.К., Абабков В.А., Веревочкин С.В., Войт Т.С., Ураева Г.Е., Потемкина Е.А., Шаболтас А.В. Биологические и психологические детерминанты реагирования на ситуации социального стресса. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. Том 6. №3. С. 82–89.
48. Сафуанов Ф.С. Клиническая психология в экспертной практике: Учебно-методическое пособие. — М.: МГППИ, 2002. 72 с.
49. Сафуанов Ф.С., Сочивко О.И. Психологическая оценка суицидального риска: соотношение про- и антисуицидальных личностных факторов [Электронный ресурс] // Психология и право. 2019. Том 9. №4. С. 211–224. DOI: 10.17759/psylaw.2019090415.

50. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Тарасова О.А., Плюснина О.Б. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки // Суицидология №1 (14), 2014, 51–55.
51. Смирнова Е.Н., Алешкина М.В., Кузьмина К.Д. Частота суицидального поведения студентов младших курсов транспортного вуза // Нижегородский психологический альманах. 2018; 2: 15–21.
52. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. 2011. №2. С. 90–100.
53. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-дону // Суицидология №4, 2012, 60–64.
54. Солдаткин В.А. (ред.) Клиническая психометрика: учебное пособие. — М.: Кнорус, 2022.
55. Соловейчик М.Я. Супервизия / Мастерство психологического консультирования. Под ред. А.А. Бадхена, А.М. Родиной. — СПб: Европейский дом, 2002.
56. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. Серия Клиническая психология. — М.: Когито-Центр. 2005.
57. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017; 25(3): 60-75 DOI:10.17759/crp.2017250304.
58. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001.
59. Тихоненко В.А., Сафуанов Ф.С. Введение в суицидологию // Медицинская и судебная психология. Курс лекций. — М.: Генезис, 2004. С. 266.
60. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

61. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. — СПб: Речь, 2002.
62. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012.
63. Хритинин Д.Ф., Паршин А.Н., Самохин Д.В. Ведущие факторы формирования и основные пути профилактики суицидального поведения студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. №2 (87) 71–75.
64. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Сао Е. [и др.] Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. Суицидология. 2020. Т. 11, №4(41). С. 76–90.
65. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. 2013. Т. 4, №3 (12). С. 26–36.
66. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, №1. С. 8–20.
67. Чистопольская К.А., Журавлева Т.В., Ениколопов С.Н., Николаева Е.Л. Адаптация методик исследования суицидальных аспектов личности // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2017. Т. 14. №1. С. 61–87.
68. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований. Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2014. Вып 3. С. 5–16.
69. Шнейдман, Эдвин С. Душа самоубийцы / Эдвин С. Шнейдман; О.Ю. Донец. — М.: Смысл, 2001. 315 с.
70. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь в определении уровня суицидального риска с помощью Колумбийской Шкалы Оценки Тяжести Суицида (C-SSRS) // Современная терапия психических расстройств. 2011. №2.

71. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ). Учебное пособие. — М.: Академия естествознания. 2011.
72. Якобс, Д., Дэвис, П., Мейер Д. Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования / Изд-во Б.С.К., 1997.
73. Anderson R.N. Deaths: Leading causes for 2000 // National Vital Statistics Reports. 2002. Vol. 50 (16). P. 1–85.
74. Apter A., Bursztein C., Bertolote J., Fleischman A., Wasserman D. Suicide in all continents in the young. In.: Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention. A global Perspective / Ed. D. Wasserman, C. Wasserman. NY: Oxford University Press, 2009. P. 621–628.
75. Barzilay S., Apter A. Psychological Models of Suicide [Статья] // Archives of Suicide Research. 2014, 4: T. 18. P. 295–312.
76. Beck A.T. Depression. New York: Harper and Row, 1967.
77. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979. 47(2).
78. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. Development of suicidal intent scales // The prediction of suicide / A.T. Beck, H.L.P. Resnik, D.J. Lettieri (Eds.). Bowie, MD: Charles Press, 1974.
79. Beck A.T., Steer R.A. Beck Hopelessness Scale manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1988.
80. Beck A.T., Steer R.A., Carbin M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation // Clinical Psychology Review, 1988. 8(1).
81. Beck A.T., Steer R.A., Ranieri W.F. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. Journal of Clinical Psychology, 1988. Vol. 44(4). P. 499–505.
82. Beck A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology. 1974, 42(6), 861–865. DOI: 10.1037/h0037562.
83. Beck A.T., Wenzel A. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment [Статья] // Applied and Preventive Psychology. 2008. 4: T. 12. P. 18–201.

84. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301:386–389.
85. Craig J. Bryan and M. David Rudd Brief Cognitive-Behavioral Therapy for Suicide Prevention. Gilford press, 2018.
86. Dean P.J., Range L.M. Testing the escape theory of suicide in an outpatient population // *Cognitive theory and research*. 1999. Vol. 23, №6. P. 561–572.
87. DeLisle M., Holden R. Differentiating between depression, hopelessness and psychache in university undergraduates // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2009. Vol. 42, №1. P. 46–63.
88. Ellis T.E., Ratliff K. Cognitive characteristics of suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients // *Cognitive Therapy and Research*. 1986. Vol. 10. P. 625–634.
89. Farberow N.L.; Simon M.D. Suicides in Los Angeles and Vienna. An intercultural study of two cities // *May 1969; 5–1969, Public Health Rep.* 84(5): 389–403 URL: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/75073>.
90. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study // *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. May; Vol. 14 (4). P. 245–258.
91. Firestone R.W. The “inner voice” and suicide // *Psychotherapy*. 1986. Vol. 23, №3. P. 439–447.
92. Franklin J.C., Ribeiro J.D., Fox K.R., Bentley K.H., Kleiman E.M., Huang X., Musacchio K.M., Jaroszewski A.C., Chang B.P., Nock M.K. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research [Статья] // *Psychological Bulletin*. 2017 2: T. 143. P. 187–232.
93. Fredrickson B.L. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions // *American Psychologist*. 2001. Vol. 56. P. 218–226.
94. Freudenberger H.J. Staff Burnout // *Journal of Social Issues*, 1974, Vol. 30. 159–165.

95. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // British Journal of Clinical Psychology, 1967. 6(4).
96. Hewitt P.L., Flett G.L., Weber C. Dimensions of perfectionism and suicide ideation // Cognitive therapy and research. 1994. Vol. 5, №18. P. 439–460.
97. Hillis S.D., Anda R.F., Dube S.R., Felitti V.J., Marchbanks P.A., Marks J.S. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death // Pediatrics. 2004. Vol. 113, N 2. P. 320–327.
98. Holden R.R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D. Development and preliminary validation of a scale of psychache // Canadian Journal of Behavioural Science, 2001. 33(4).
99. Ivey-Stephenson A.Z., Demissie Z., Crosby A.E. et al. Suicidal Ideation and Behaviors Among High School Students Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019 MMWR, 2020; 69(1): 47-55.
100. Joe S., Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools // Children and School, 2007 October 1; 29(4): 219–227.
101. Joiner Jr. T.E. Why people die by suicide. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2005.
102. Joiner T.E., Van Orden K.A., Witte T.K. et al. Main Predictions of the Interpersonal Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults // J. of Abnormal Psychol. 2009. Vol. 118, №3. P. 634–646.
103. Klonsky E.D., May A.M., Saffer B.Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation [Статья] // Annual Review of Clinical Psychology. 2016 1: T. 12. P. 307–330.
104. Lew B., Kölves K., Osman A., Abu Talib M., Ibrahim N., Siau C.S. et al. Suicidality among Chinese college students: A cross-sectional study across seven provinces // PLoS ONE, 2020, 15(8): e0237329.
105. Lim K.; Wong C.H., McIntyre R.S., Wang J., Zhang Z., Tran B.X., Tan W., Ho C.S., Ho R.C. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 4581.

106. Leventhal K. Suicidal behavior in adolescence: investigation of the interpersonal psychological theory in a high risk sample. PhD Dissertation. Kent State University, 2014.
107. Linehan M., Camper P., Chiles J., Strosahl K., & Shearin E. Interpersonal problem solving and para-suicide // Cognitive Therapy and Research. 1987. Vol. 11. P. 1–12.
108. Lovibond S.H., Lovibond P.F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: Psychology Foundation, 1995.
109. Mann J.J., Currier D. A review of prospective studies of biological predictors of suicidal behavior in mood disorder. Archives of Suicide Research 2007; 11: 3–16.
110. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients [Статья] // Am J Psychiatry. 1999 2: T. 156.P. 181–189.
111. McKay S., Veresova M., Bailey E., Lamblin M., & Robinson J. Suicide Prevention for International Students: A Scoping Review. International journal of environmental research and public health, 2023, 20(2), 1500.
112. Miller A.B., Esposito-Smythers C., Leichtweis R.N. A short-term, prospective test of the interpersonal—psychological theory of suicidal ideation in an adolescent clinical sample // Suicide and life-threatening behavior. 2015. Vol. 46 (3). P. 337–351.
113. Miller A., Rathus J., Linehan M. Dialectical behavioral therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press, 2007. 346 p.
114. Nock M.K., Borges G., Bromet E.J., Cha C.B., Kessler R.C., Lee S., Suicide and suicidal behavior // Epidemiologic Reviews. 2008; 30(1):133–154.
115. Nock M.K., Hwang I., Sampson N., Kessler R.C., Angermeyer M., Beautrais A., Borges G., Bromet E., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R., Florescu S., Gureje O., Haro J.M., Hu C., Huang Y., Karam E.G., Kawakami N., Williams D. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys [Статья] // PLoS Medicine. 2009 8: T. 6. P. 1–17.

116. Opperman K., Czyz E.K., Gipson P.Y., King C.A. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: an examination of the interpersonal theory of suicidal behavior // Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research. 2015. Vol. 19 (3). P. 385–400. doi:10.1080/13811118.2014.957451.
117. O'Connor R.C. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour // International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice / R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon (eds). Chichester: John Wiley & Sons, 2011. P. 181–198. doi:10.1002/9781119998556.ch11.
118. Patterson A., Holden R. Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012. Vol. 42, №2. P. 147–156.
119. Poeldinger W. Die Abschaetzung der Suizidalitaet. Eine medizinisch-psychologische und medizinisch-soziologische Studie. Stuttgart, 1968.
120. Posner K., Oquendo M., Gould M., Stanley B., Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment: Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. American Journal of Psychiatry. 2007. 164: 1035–1043.
121. Posner K., Brown G.K., Stanley B., Brent D.A., Yershova K.V., Oquendo M.A., Currier G.W., Melvin G.A., Greenhill L., Shen S., Mann J.J. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011 Dec; 168(12): 1266-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
122. Rasmussen K., Slish M., Wingate L., Davidson C., Grant D. Can perceived burdensomeness explain the relationship between suicide and perfectionism? // Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012. Vol. 42, №2. P. 121–128.
123. Ringel E. Das Leben wegwerfen? Reflexionen ueber Selbstmord. Wien, 1978.

124. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2000. Vol.30. P. 18–33.
125. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. Vol. 55. P. 49–55.
126. Shaffer D., Fisher P., Lucas C.P. et al. NIMN Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMN DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Jan; 39(1):28–38. doi: 10.1097/00004583-200001000-00014
127. Oquendo M.A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. [Статья] // *World Psychiatry*. 2014. 2: T. 13. P. 128–130.
128. Shneidman E.S. Final Contribution to Suicidology [Раздел книги] // *Suicide in the Words of Suicidologists* / авт. книги M. Pompili. New York: Nova Science Publishers, Inc., 2010.
129. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2011. Vol. 20. P. 191–204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012.
130. Testoni, I., Piol, S., & De Leo, D. Suicide Prevention: University Students' Narratives on Their Reasons for Living and for Dying // *International journal of environmental research and public health*, 2021, 18(15), 8029.
131. Troister T., Holden R. Factorial Differentiating among depression, hopelessness and psychache in statistically predicting suicidality // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2013. Vol. 46 (1). P. 50–63. doi:10.1177/0748175612451744.
132. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner TE: The interpersonal theory of suicide // *Psychol Rev* 2011, 117:574–600.
133. Wasserman D. (Ed.) *Suicide. An unnecessary death*. London: Martin Dunitz; 2001.

134. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15–19 // World Psychiatry. 2005. Vol. 4 (2). P. 114–120.
135. Wasserman D., Hoven, C.W., Wasserman C. et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial // Lancet, 2015, 385(9977), 1536–1544.
136. World Health Organization. Suicide in the World. Global Health Estimates. 2019. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948> (доступно на 06 июня 2023).

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Практические памятки и рекомендации для специалистов по выявлению и оказанию помощи подросткам с суицидальным риском

ЧЕК-ЛИСТ «НАБЛЮДАЕМЫЕ В ПОВЕДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ И ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

ФИО _____ Возраст (полных лет)
н/л _____

Школа / _____ Класс / _____
Организация _____ Отделение _____

Период наблюдения _____

Инструкция: поставьте отметку в соответствии с тем, что вы выявили в поведении несовершеннолетнего в течение периода наблюдения. Используйте следующие обозначения:

✓ если вы наблюдали признак;

– если вы совершили точно не заметили данный признак;

? если вы сомневаетесь или не было возможности это отследить.

Отметка должна быть обязательно напротив каждого пункта. В графе «Комментарии» приведите примеры конкретных фраз и действий, которые подтверждают выявленные признаки и тревожные сигналы.

ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ		ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ	
<input type="checkbox"/>	1. Прямо заявляет о желании умереть	<input type="checkbox"/>	1. Грусть, подавленность, пессимизм
<input type="checkbox"/>	2. Проявляет озабоченность темой смерти	<input type="checkbox"/>	2. Тревожность
<input type="checkbox"/>	3. Раздает свои вещи	<input type="checkbox"/>	3. Невротические реакции
<input type="checkbox"/>	4. Транслирует ощущение безнадежности	<input type="checkbox"/>	4. Импульсивность, безрассудство

ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ		ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ	
<input type="checkbox"/>	5. Наносит себе повреждения	<input type="checkbox"/>	5. Безразличие ко всему
<input type="checkbox"/>	6. Угрожает причинить себе вред	<input type="checkbox"/>	6. Социальная изоляция, замкнутость
<input type="checkbox"/>	7. Внезапное улучшение состояния	<input type="checkbox"/>	7. Резкая смена круга общения
<input type="checkbox"/>	8. Негативное отношение к себе	<input type="checkbox"/>	8. Раздражительность, конфликтность
Что именно сделал или сказал н/л:		<input type="checkbox"/>	9. Сниженная концентрация внимания
		<input type="checkbox"/>	10. Прогулы
		<input type="checkbox"/>	11. Подолгу задерживается в школе
		<input type="checkbox"/>	12. Неопрятный внешний вид
		<input type="checkbox"/>	13. Резкие смены настроения
		<input type="checkbox"/>	14. Жалобы на физическое недомогание
		<input type="checkbox"/>	15. Нападки со стороны других учеников
		<input type="checkbox"/>	16. Сложности с соблюдением правил
		<input type="checkbox"/>	17. Нарушения сна
		<input type="checkbox"/>	18. Нарушения пищевого поведения
		<input type="checkbox"/>	19. Употребление ПАВ
Что именно сделал или сказал н/л:			
<p>Требуемые действия: Важно! Необходимо поговорить с несовершеннолетним или организовать его разговор с психологом (иным уполномоченным специалистом), если в течение недели вы заметили:</p> <p>А. Хотя бы один из признаков суицидального поведения (левый столбец). И/ИЛИ Б. Четыре и более тревожных сигнала (правый столбец).</p>			

Подпись

ФИО, должность сотрудника

Дата заполнения

**ПАМЯТКА К ЧЕК-ЛИСТУ
«НАБЛЮДАЕМЫЕ В ПОВЕДЕНИИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ
И ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ»**

В памятке даны пояснения по маркерам, включенным в чек-лист «Наблюдаемые в поведении несовершеннолетнего тревожные сигналы и признаки суицидального поведения», в том числе приведены конкретные примеры, как это может выражаться в словах и/или действиях подростка.

В столбце «Признаки суицидального поведения» указаны признаки, которые с **большой вероятностью** говорят о наличии у подростка суицидальных мыслей, намерений и/или действий. При обнаружении таких признаков необходимо оперативно организовать беседу специалиста с несовершеннолетним с целью прояснения ситуации и определения, в какой помощи нуждается подросток.

1. *Прямо заявляет о желании умереть.* В словах, рисунках, сочинениях и пр. Примеры фраз: «Лучше бы я умер», «Как хорошо быть мертвым», «Лучше бы я вообще не родился».
2. *Проявляет озабоченность темой смерти.* Говорит, спрашивает или размышляет о смерти, в том числе вскользь и неприменительно к себе лично; выбирает соответствующие темы для сочинений, докладов или пр.; проявляет интерес к произведениям искусства, связанным с темой смерти и/или самоубийства.
3. *Раздает свои вещи.* Неожиданно начинает дарить друзьям и одноклассникам свои вещи, которые имеют для него субъективную значимость.
4. *Транслирует ощущение безнадежности.* В речи или действиях выражает ощущение безнадежности (прямо или косвенно). Примеры фраз: «Зачем? Всё равно ничего не изменится», «Мне уже всё равно», «Здесь уже ничего не поможет», «Меня никто не понимает», «Ничего уже не важно», «Лучше не будет никогда» и т.п.

5. *Наносит себе повреждения.* Пытается справиться со стрессом и внутренним напряжением через причинение вреда своему телу. При этом подросток может демонстрировать повреждения или, наоборот, прятать их (например, в жаркую погоду носит закрытую одежду).
6. *Угрожает причинить себе вред.* Угрожает причинить себе вред или убить себя (прямо или косвенно). Примеры фраз: «Не переживайте, скоро избавитесь от меня», «Скоро я перестану доставлять вам неприятности». **Важно:** необходимо отметить данный признак в чек-листе и принять соответствующие шаги, даже если кажется, что подросток заявляет об этом с целью привлечения внимания.
7. *Внезапное улучшение состояния.* Внезапное улучшение настроения, позитивная активность и/или умиротворенность после периода подавленного настроения, апатии и грусти (особенно **на фоне продолжающихся нереешенных проблем**) может свидетельствовать о том, что решение о суициде уже принято.
8. *Негативное отношение к себе.* В речи много самокритики, самообвинения, говорит о себе как о «плохом» человеке, транслирует негативное отношение к себе через фразы типа «Ненавижу себя!».

В столбце «**Тревожные сигналы**» перечислены особенности поведения и эмоционального состояния подростка, которые **необязательно** говорят о суициальном риске. Однако они могут быть предпосылками формирования суициального поведения в будущем. В любом случае, эти сигналы могут говорить об эмоциональном неблагополучии и о том, что несовершеннолетний нуждается в помощи. При выявлении четырех или более признаков из данного списка рекомендуется организовать беседу специалиста с несовершеннолетним с целью прояснения ситуации и определения, в какой помощи нуждается подросток.

Особое внимание следует обратить на резкие, неожиданные изменения в привычном поведении несовершеннолетнего.

1. *Грусть, подавленность, пессимизм.* Особенно если это постоянный или почти постоянный фон настроения и если это не соответствует ситуации.

2. *Тревожность.* Часто в разных ситуациях подросток проявляет беспокойство, тревогу; опасается, что произойдет что-то неприятное, нарушаются планы и т.п. Эти беспокойства не всегда обоснованы либо преувеличены.

3. *Невротические реакции.* Раскачивается на стуле, грызет ногти, ручки и т.п., накручивает, теребит волосы и пр. Тремор (дрожат руки), приливы жара, потливость, беспокойное поведение, неспособность сосредоточиться на задаче. Такие реакции могут усиливаться в ситуации стресса, волнения.

4. *Импульсивность, безрассудство.* Совершает импульсивные, безрассудные поступки, действия, вовлекается в занятия, связанные с риском.

5. *Безразличие, апатия.* Отсутствие интереса к чему-либо, в том числе к учебной и внеучебной деятельности, выполнению домашних заданий, оценкам, общению. Потеря интереса к тому, что нравилось раньше; скука, ничего не приносит удовольствия, никакие темы и события не вызывают эмоций.

6. *Социальная изоляция, замкнутость.* Избегание социальных ситуаций: большую часть времени проводит один, в общих активностях не участвует, другие ученики не зовут его делать что-то вместе с ними, а если зовут — он отказывается.

7. *Резкая смена круга общения.* Неожиданная смена окружения, новые знакомства. Перестал дружить с теми, с кем дружил раньше; появились новые приятели. Особенно если новые знакомые из «другого круга» (например, подросток из благополучной семьи начал общаться с детьми с девиантным поведением; у обычного подростка появились знакомые с большими чем у него возможностями).

8. *Раздражительность, конфликтность.* Резко реагирует на замечания и комментарии в свой адрес, провоцирует конфликты, проявляет агрессию по отношению к другим людям или предметам. В выполняемых работах присутствуют высказывания или изображения агрессивного характера.

9. *Сниженная концентрация внимания.* Не может сосредоточиться на выполнении заданий, засыпает на уроках, выглядит заспанным или невыспавшимся.

10. *Прогулы.* Подросток пропускает занятия в школе без видимых причин. Пропуски не объясняет или объяснения вызывают недоверие. Особенно если до этого проблем с посещаемостью не было.

11. *Подолгу задерживается в школе,* даже если в этом нет объективной нужды. Это может свидетельствовать о неблагоприятной обстановке дома, желании максимально оттянуть момент возвращения домой.

12. *Неопрятный внешний вид.* Плохая гигиена, не следит за собой, небрежность в одежде, прическе. Особенно если это не было свойственно подростку ранее.

13. *Резкие смены настроения.* В пределах дня может демонстрировать то приподнятое настроение, то подавленное, то всплеск активности, то нежелание что-либо делать.

14. *Жалобы на физическое недомогание.* Особенно это касается частых жалоб, которые могут быть психосоматическими реакциями на стресс: боль в животе, тошнота, головные боли, головокружение.

15. *Нападки со стороны других учеников.* Другие дети проявляют по отношению к подростку агрессию (применяют физическую силу, отнимают вещи, оскорбляют) либо намеренно его игнорируют, отказывают в общении.

16. *Сложности с соблюдением правил.* Подросток нарушает дисциплину, не соблюдает установленные правила, с трудом следует распорядку дня (не носит установленную школьную форму, опаздывает, не может досидеть до конца урока, часто отпрашивается, нарушает порядок сдачи работ).

17. *Нарушения сна.* Не во всех условиях есть возможность оценить данный признак напрямую, но это может быть заметно через косвенные проявления: частое сонливое состояние, жалобы на нехватку сна или бессонницу и т.д.

18. *Нарушения пищевого поведения.* Не во всех условиях есть возможность оценить данный признак напрямую, но это может быть заметно через косвенные проявления: сниженный или повышенный аппетит, отказ от еды, резкая потеря или набор веса и т.д.

19. *Употребление психоактивных веществ.* Само по себе употребление ПАВ не относится к суициdalному поведению, однако в некоторых случаях оно может усиливать риск и провоцировать суициdalные действия.

ИНСТРУКЦИЯ К ЧЕК-ЛИСТУ «НАБЛЮДАЕМЫЕ В ПОВЕДЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ТРЕВОЖНЫЕ СИГНАЛЫ И ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ»

Почему важно знать и видеть данные признаки и тревожные сигналы?

90% подростков, думающих об уходе из жизни, подают окружающим сигналы о своих намерениях. Однако очень часто эти сигналы завуалированы и неявны. Чтобы предотвратить суицид, взрослые, которые окружают подростка, должны уметь видеть тревожные сигналы и правильно их понимать.

Для чего нужны чек-лист и памятка?

В **чек-листе** собраны маркеры, которые окружающие могут наблюдать в поведении несовершеннолетнего и которые могут говорить об эмоциональном неблагополучии подростка, в том числе о суициdalном риске.

В **памятке** даны пояснения по маркерам, включенным в чек-лист, в том числе конкретные примеры, как это может выражаться в словах и/или действиях подростка. Говоря иначе, памятка помогает правильно понять признаки и сигналы, перечисленные в чек-листе.

Когда заполнять чек-лист?

Чек-лист предназначен для заполнения специалистом, который может наблюдать эти признаки в поведении подростка. На каждого несовершеннолетнего заполняется свой бланк.

Порядок применения этих инструментов и порядок действий в случае выявления тревожных маркеров в поведении несовершеннолетнего определяется организацией.

Основные рекомендации:

- заполнять бланк и предпринимать последующие шаги необходимо, если специалист заметил в поведении несо-

вершеннолетнего хотя бы один из маркеров, перечисленных в чек-листе;

- если в поведении подростка наблюдается хотя бы один из признаков, перечисленных в левой колонке чек-листа (признаки суицидального поведения), рекомендуется как можно скорее предпринять необходимые шаги;
- если в поведении подростка наблюдаются два-три тревожных сигнала, перечисленных в правой колонке чек-листа (тревожные сигналы), рекомендуется заполнить чек-лист и в течение короткого периода (желательно не более недели) дополнительно наблюдать за поведением, эмоциональным состоянием и общением подростка. Если специалист заметит еще какие-либо признаки, необходимо отметить это в чек-листе и действовать согласно инструкции.

Что значит «наблюдать»?

Специалисты, которые осуществляют непосредственную работу с несовершеннолетними (учителя, классные руководители, воспитатели, психологи и др.) всегда обращают внимание на поведение, эмоциональное состояние, особенности общения подростка. Наблюдение с целью выявления тревожных признаков — это то же самое наблюдение, которое осуществляется специалист в обычной ежедневной практике, но основанное на умении видеть соответствующие поведенческие маркеры.

Чек-лист помогает фокусировать внимание на поведенческих маркерах, которые могут говорить о суицидальном риске.

Чтобы научиться видеть и правильно понимать поведенческие признаки, специалистам может быть полезна дополнительная подготовка, которая повысит их чувствительность к проявлениям эмоционального неблагополучия подростков и в хорошем смысле слова сформирует «настороженность» к тревожным сигналам. Не менее важно и нали-

чие четких инструкций о том, что следует делать специалисту при выявлении маркеров суициdalного риска.

Что делать, если подросток демонстрирует что-то из указанных маркеров?

Рекомендуется организовать беседу (консультацию) с несовершеннолетним, основная задача которой — подтвердить или опровергнуть суициdalный риск и понять, в какой помощи нуждается подросток. Проводить такую беседу (консультацию) должен специалист, у которого имеются соответствующие полномочия, также желательны контакт и доверие со стороны подростка.

В материале «Первичная беседа с подростком при выявлении тревожных сигналов или признаков суициdalного поведения» представлены рекомендации по проведению такой беседы с несовершеннолетним.

При подтверждении суициdalного риска необходимо действовать согласно внутренним регламентам (приказам, распорядку действий), принятым в организации. Помните, что одна из первоочередных задач — организовать для несовершеннолетнего необходимую ему помощь. В том числе в ряде случаев придется проинформировать родителей (законных представителей) и вовлечь их в организацию помощи для подростка.

Вопросы, которые касаются определения ответственных специалистов, порядка информирования руководителя, порядка направления подростка к помогающим специалистам и др., определяются внутренним распорядком организации (инструкцией, регламентом и т.п.).

При выявлении иных рисков и/или факторов неблагополучия необходимо действовать согласно регламентам, разработанным для таких поводов (например, при выявлении насилия/жестокого обращения, социально опасного положения и др.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Чек-лист «Социальные сети подростка: тревожные признаки, которые могут говорить о суицидальном риске»

В чек-листе приведены возможные предупреждающие признаки, которые можно заметить в социальных сетях и которые могут говорить о том, что подросток думает о суициде.

Тревожные признаки

<input type="checkbox"/>	Резкие, неожиданные изменения характера активности в сети «Интернет»	Внезапные и значительные изменения поведения в Интернете (например, ранее был активным и вовлеченным в социальные сети, сейчас резко стал отстраняться, почти прекратил общение). Тревожные изменения в содержании информации (контенте), которую подросток публикует или к которой обращается.
<input type="checkbox"/>	Контент, отражающий сложные эмоциональные переживания	Посты, комментарии, фотографии, картинки и пр., которые выражают: <ul style="list-style-type: none">безнадежность, отсутствие смысла и причин жить;глубокое отчаяние, безысходность;чувство непереносимой душевной боли, желание сбежать или исчезнуть;переживания одиночества, изоляции;ощущение подростком своей ненужности, восприятие себя обузой;сильные чувства вины, стыда, самообвинение;агрессию подростка, направленную на себя;раздражительность или враждебность.
<input type="checkbox"/>	Повышенный интерес к теме смерти	Подросток постоянно делится или обращается к контенту, отражающему темы смерти, само-повреждений или самоубийства. Это может говорить о том, что он пытается бороться с такими мыслями. Иногда это может выглядеть, как юмор или ирония, однако если такой контент избыточен — следует задуматься о риске суицида.

<input type="checkbox"/>	Социальная изоляция и потеря интереса	Подросток делится своими переживаниями о том, что ему трудно, он устал, у него нет желания заниматься чем-либо, ничто его не радует. Подросток стал дистанцироваться в социальных сетях, ограничил общение с друзьями и другими людьми (особенно если аналогичное поведение наблюдается в обычной жизни).
<input type="checkbox"/>	Переживания и эмоции, с которыми подросток не может справиться	Об этом могут свидетельствовать посты, сообщения или интерес к контенту, связанному с неконструктивными, в том числе опасными, способами справиться со своим состоянием, включая: <ul style="list-style-type: none">• самоповреждения;• поиск информации о препаратах, которые помогают справиться с тревогой, напряжением, депрессией, эмоциональной и физической болью;• самостоятельное решение о приеме препаратов без назначения врача, чтобы справиться с состоянием.
<input type="checkbox"/>	Раздача ценных для подростка вещей	Подросток публикует сообщения о раздаче вещей, которые имеют для него субъективную ценность, или заявляет, что они ему больше не нужны. Это может быть тревожным признаком: возможно, он потерял надежду и активно размышляет о самоубийстве. К этому следует отнестись серьезно и принять немедленные меры для обеспечения безопасности.
<input type="checkbox"/>	Посты или комментарии, которые напрямую касаются темы суицида	Это могут быть: <ul style="list-style-type: none">• прямые заявления о суицидальных мыслях, намерениях;• прощание с кем-то, выражение желания умереть или исчезнуть;• описание или поиск способов совершения суицида.

Выявление данных сигналов не говорит на 100% о суицидальном риске — возможно, за этим стоят и иные причины. Поэтому важно начать с прояснения ситуации. Одним из первых шагов в этом направлении может стать поддерживающая и доверительная беседа с несовершеннолетним.

Если риск подтверждается, действуйте в соответствии с внутренними регламентами (приказом, распорядком действий), принятым в организации.

Помните, что внимание и поддержка, проявленные во-время, могут спасти жизнь!

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Методы диагностики суицидального риска

Бланковые методики

Шкала душевной боли Р. Холдена (Psychache Scale, PAS-13). Автор: R. Holden et al. (2001), адаптация К. А. Чистопольская, С. Н. Ениколова и др. (2017).

Шкала безнадежности А. Бека (BHS-11) (Beck hopelessness scale, BHS-11). Авторы: Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974), адаптация К. А. Чистопольская С. Н. Ениколова и др. (2023).

Опросник «Негативный детский опыт» (Adverse Childhood Experiences, ACE). Авторы: Felitti V.J. et al (1998), перевод О. Н. Боголюбова (2015).

Шкала депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Автор: Beck A.T. (1961, 1978), перевод и адаптация: Н. В. Тарабрина (1992).

Шкала депрессии, тревоги и стресса С. и П. Ловибонд (Depression, Anxiety, and Stress Scales-21 — DASS-21). Авторы: S. Lovibond, P. Lovibond (1995), адаптация: А. А. Золотарева (2021).

Клинические интервью и устные опросники

Шкала суицидального риска Г. В. Старшенбаума. Авторы: Г. В. Старшенбаум с соавторами (2005).

Шкала суицидальных намерений А. Бека (Scale for Suicide Ideation, SSI). Авторы: Aaron Beck, M. Kovacs, A. Weissman (1978), перевод: А. Татлыбаев (2003).

Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести суицидального поведения (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Автор: Posner K et al. (2007), модифицированная версия Розанов В.А., Шаболтас А.В., Батлук Ю.В., Красько Е.Л., 2024.

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS/Ham-D). Автор: M. Hamilton (1967), адаптация: В. А. Солдаткин и соавторы (2022).

Научное издание

*Коллектив авторов:
Батлук Ю.В., Смыкало Л.В., Богомазова К.А.,
Винокуров Д.А., Суворова С.В.,
Шаболтас А.В., Маликова Т.В.*

**Психологическая помощь подросткам
и молодежи в ситуациях суициdalного риска**

Учебно-методическое пособие

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Выпускающий редактор А. Ю. Барышева
Корректор А. С. Ткаченко
Дизайн, верстка И. Н. Варламова

Подписано в печать 00.00.2025.
Формат 60×90/16. Бумага офсетная
Гарнитура PT Serif. Печать цифровая
Усл. печ. л. 18. Тираж 000 экз.
Заказ 000

Отпечатано с готового оригинал-макета
Типография «24 линия» (ИП Сорокин С.А.)
Адрес: 199106, г. Санкт-Петербург, Васильевский остров, 24-я линия, 1

По вопросам приобретения издания обращаться
E-mail: press@gpma.ru

ISBN 978-5-907649-00-0