

Государственное областное бюджетное учреждение Мурманской области
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

**Методические рекомендации
для педагогических работников по вопросам
раннего выявления признаков суицидального
поведения и оказания психолого-педагогической
помощи детям в кризисных ситуациях.**

Мурманск

2016

Авторы-составители:

Саблина С.В., заместитель директора ГОБУ МО ЦППМС-помощи

Булыгина А.А., педагог-психолог ГОБУ МО ЦППМС-помощи

Забиран С.А., педагог-психолог ГОБУ МО ЦППМС-помощи

Методические рекомендации разработаны в соответствии с комплексом мер по профилактике суицидального поведения среди детей на 2016-2017 годы утвержденным приказом Министерства образования и науки Мурманской области.

В методических рекомендациях представлен теоретический аспект суицидального поведения, рассмотрены вопросы раннего выявления признаков суицидального поведения у детей и подростков, оказания психолого-педагогической помощи в кризисной ситуации.

Данное пособие адресовано педагогическим работникам образовательных организаций.

Оглавление

1.	Введение.....	4
2.	Законодательное и нормативное правовое регулирование профилактики суицидального поведения обучающихся.....	5
3.	Определение и общая характеристика суицида.....	5
4.	Особенности суицидального поведения детей и подростков	
4.1.	Особенности суицидального поведения детей в разные возрастные периоды.....	8
4.2.	Факторы детского и подросткового суицида.....	11
4.3.	Динамика развития суицидального поведения.....	12
4.4.	Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у детей и подростков.....	14
5.	Профилактика суицидального поведения детей в образовательных организациях.	
5.1.	Модели профилактики суицидального поведения в образовательных организациях.....	14
5.2.	Основные принципы профилактической работы.....	20
6.	Диагностика суицидального поведения несовершеннолетних	
6.1.	Диагностические признаки суицидального поведения.....	21
6.2.	Оценка суицидального риска.....	23
6.3.	Методическое обеспечение диагностического этапа работы.....	24
7.	Оказание психолого-педагогической помощи в кризисной ситуации.....	26
7.1.	Организация помощи детям «группы риска».....	27
7.2.	Организация психолого-педагогической помощи в образовательной организации в ситуации риска суицида несовершеннолетнего.....	28
8.	Приложение.....	34
9.	Литература.....	35
10.	Глоссарий.....	36

Введение

Важное место в образовательном процессе занимают психическое здоровье учащихся, индивидуализация образовательных маршрутов, создание психологически безопасной и комфортной среды. С введением ФГОС изменился не только социальный заказ - на государственном уровне признана задача развития ребенка в качестве основного результата и основной ценности образовательных воздействий. Одним из условий нормализации развития учащихся является ранняя профилактика социальной дезадаптации, редукция социальных и психологических девиаций, в том числе суицидального поведения.

Образовательные организации являются наиболее эффективными площадками для проведения профилактических мероприятий, так как педагоги, как лица, имеющие наиболее частый и тесный контакт с обучающимися, обладают уникальным ресурсом для решения отдельных задач первичной профилактики суицидального поведения детей и подростков, своевременного выявления несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, трудной жизненной ситуации.

Профилактика должна строиться на принципах системности, комплексности, содержательной насыщенности, целостности, взаимосвязанности, пролонгированности, преемственности, скоординированности психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса с учетом того или иного уровня профилактики. Необходимыми условиями организации эффективной профилактической работы являются: профессионализм специалистов-психологов, социальных педагогов, учителей и других участников учебно-воспитательного процесса; сотрудничество с учреждениями и органами, которые занимаются вопросами охраны психического здоровья несовершеннолетних и его профилактикой; опережающий характер психолого-педагогической профилактики; конструктивно-позитивного характера превенции.

Стратегической целью превентивной работы является развитие личности обучающегося, включающее осознание им собственных ценностей и смысла существования, развитие уверенности в себе и навыков успешного взаимодействия с окружающими, формирование созидательной и активной жизненной позиции.

2. Законодательное и нормативное правовое регулирование профилактики суицидального поведения обучающихся

В настоящее время профилактика суицидального поведения регулируется рядом законодательных и нормативных правовых актов:

Конституция Российской Федерации.

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 01 июня 2012 г. N 761.

Федеральный Закон Российской Федерации от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних".

Федеральный Закон Российской Федерации от 29 декабря 2010 г. N 436-ФЗ "О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию".

Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ.

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 20 сентября 2004 г. N 01-130/07-01 "О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков".

Письмо Минобразования РФ от 29 мая 2003 г. N 03-51-102ин/22-03 "О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков".

Письмо Министерства образования РФ от 26 января 2000 г. N 22-06-86 "О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков".

Письмо Министерства образования и науки РФ от 27 февраля 2012 г. N 06-356 "О мерах по профилактике суицидального поведения обучающихся" .

Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. N 07-149 "О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида".

Приказ Министерства образования и Науки Мурманской области от 27 апреля 2016 года № 873 «Об утверждении Комплекса мер по профилактике суицидального поведения среди детей на 2016-2017 годы».

3. Определение и общая характеристика суицида

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни). Психологический смысл такого явления, чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой человек волей неволей оказался.

Суицидент – человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

Можно выделить следующие черты, характеризующие данное явление:

Общей целью суицида является нахождение решения. Прежде всего, суицид не является случайным действием. Он никогда не будет бессмысленным или

бесцельным. Самоубийство является решением проблемы, дилеммы, брошенного кому – либо вызова, выходом из затруднений, психологического кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Суицид является ответом – единственно доступным для человека ответом на труднейшую задачу: как из этого выбраться? Цель каждого суицида состоит в поиске разрешения проблемы, стоящей перед человеком и причиняющей ему страдания. Чтобы понять причину самоубийства, нужно прежде всего знать проблемы, решить которые он предназначен.

Общая задача суицида состоит в прекращении сознания. Своеобразным образом суицид является одновременно движением к чему – то и бегством от чего – либо. То, к чему движется человек, общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении сознания невыносимой душевной боли. У отчаявшегося человека возникает мысль о возможности прекращения сознания как ответе или достойном выходе из невыносимой ситуации при наличии у него чрезмерного душевного волнения, сильного уровня тревоги и высокого летального потенциала – трёх обязательных составных частей суицида, – после этого возникает иницирующая искра, провоцирующая начало активного суицидального сценария.

Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная) боль. Если прекращение потока сознания – это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль – это то, от чего он стремиться убежать. Никто не совершает самоубийства от радости: его не может вызвать состояние блаженства. В клинической суицидологии является правилом: снизьте интенсивность страдания и человек выберет жизнь.

Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как необоснованный поступок – любое самоубийство на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем кажется логичным человеку, – а как реакцию на фрустрированные психологические потребности человека. Прежде всего, суицид совершается из-за нереализованных или неудовлетворенных потребностей.

Общей суицидальной эмоцией является беспомощность – безнадежность. В суицидальном состоянии возникает преобладающее чувство беспомощности – безнадежности: "Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства) и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)". В XX веке традиционно считалось, что враждебность является доминирующей эмоцией при суициде. Сегодня указывают и на другие, имеющие к нему отношение, глубокие, базисные эмоции: стыд, чувство вины, фрустрированная зависимость. За ними находится сильное чувство внутренней опустошенности, беспомощности – безнадежности. Эта генерализованная эмоция проявляется в смятении и тревоге. При работе с человеком в состоянии душевного смятения, с выраженными тенденциями, нецелесообразно и бесполезно воздействовать на них непосредственно путем увещаний, разъяснительных бесед, порицания, давления или другим аналогичным образом. Наиболее эффективным путем снижения их интенсивности является не прямое воздействие посредством уменьшения эмоционального напряжения и смятения.

Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность.

3. Фрейд обратил внимание на такую психологическую истину, когда нечто может одновременно являться Я и не-Я. Один и тот же человек может нам нравиться и не нравиться. Амбивалентность является совершенно естественным состоянием при

самоубийстве: человек чувствует, что должен совершить его, и одновременно желает и даже планирует посторонние вмешательства.

Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы. Суицид можно охарактеризовать как преходящее аффективное сужение сознания с ограничением использования интеллектуальных возможностей. Синонимом сужения является "туннельность", т.е. резкое ограничение вариантов выбора поведения. В обыденной речи потенциальный самоубийца проявляется в использовании слов, отражающих пресуицидальное дихотомическое мышление ("все или ничего"). Далее возникает отчаяние, порожденное ограниченным видением только двух альтернатив. Таким образом, любая попытка помочь самоубийце должна, в первую очередь, исходить из наличия у него патологического сужения когнитивной сферы. Важно противодействовать именно сужению мыслей суицидального человека, предпринимая попытку раздвинуть психические шторы и увеличить число вариантов выбора за пределы только двух. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Эгрессией называется преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. К числу вариантов бегства относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы. Самоубийство является предельным, окончательным бегством. Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций: действием, приводящим к этому, и является бегство.

Общим коммуникативным действием является сообщение о своем намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи, ищут возможности спасения. Примечательно, что общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость или разрушение и даже не уход от других людей внутрь себя, а именно сообщение о своих суицидальных намерениях. Внимание к таким сообщениям и своевременное распознавание их является незаменимым способом превенции суицидов.

Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения в течение жизни. Когда мы сталкиваемся с суицидом, то нас поначалу сбивает с толку тот факт, что он по природе своей представляет собой поступок, которому нет аналогов в предшествующей жизни человека. Но ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере человека в течение всей жизни. Необходимо вернуться к предыдущим состояниям душевного волнения, оценить способность человека переносить психическую боль, наличие у него тенденций к суженному (дихотомическому) мышлению, попытаться найти уже использовавшиеся парадигмы бегства. Таким образом, существует преемственность с тем, как человек раньше справлялся с подобными трудностями. Исходя из всего сказанного, самоубийство можно понимать как действия человека с целью самоуничтожения в ответ на возникшие проблемы, трудности, протекающие на фоне определенных эмоциональных и психологических состояний.

Различают следующие типы суицидального поведения:

Демонстративное поведение. В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление человека обратить внимание на себя и свои проблемы, показать как ему трудно справляться в жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный

вред или лишить себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами человека, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

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

Истинное суицидальное поведение. Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Человек готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения люди чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к спрыгиванию с высоты.

4. Особенности суицидального поведения детей и подростков

4.1. Особенности суицидального поведения детей в разные возрастные периоды

Особенности проявлений суицидов в детском и подростковом возрасте, своеобразии психологии и уровней социализации детей и подростков, особенности психопатологических состояний, специфика профилактики - все это дает основание некоторым авторам выделять детскую и подростковую суицидологию как самостоятельную область знаний.

Понятие "смерть" в детском возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие смерти возникает у детей уже между 2 - 3 годами, и для большинства она не является пугающим событием.

В дошкольном возрасте дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду. Вместе с тем, смерть близких, домашнего животного или сверстника из-за особенностей мышления и ограниченности опыта осознается ребенком как результат его желаний, что нередко приводит к сильному чувству вины. Возникающие печаль и грусть очевидны, но продолжаются недолго. Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).

В младшем школьном возрасте дети считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Ближе к подростковому

возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим. В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности. Отличительной особенностью детского возраста является отсутствие страха смерти ввиду несформированности самого понятия смерти. По мнению большинства исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11—14 годам. Как же формируется представление о смерти у детей? Оно проходит несколько этапов: от полного отсутствия представления о смерти до формального знания о ней. Но смерть для ребенка является понятием отвлеченным, он никак не связывает его ни со своей личностью, ни с личностью близких. У ребенка не сформировано представление, что смерть необратима. Он считает, что какое-то время его не будет, а потом он опять вернется. Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения; иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов. Ввиду незрелости и отсутствия жизненного опыта даже незначительная конфликтная ситуация кажется безвыходной, а потому становится чрезвычайно суицидоопасной. Большое значение для этого возраста имеет отягощенный семейный анамнез. Суицидогенные составляющие семейного воспитания — гиперопека, авторитарность родителей с ригидными установками, низкий культурный и образовательный уровень родителей. Конфликты с семьей чаще всего связаны с неприятием ребенком системы ценностей старшего поколения.

Наибольшим своеобразием, как показывают опыт и данные многочисленных исследований, характеризуются детско-подростковый этап и инволюционный периоды жизни человека. Анализ суицидальных проявлений подростков показал, что суицидальное поведение в этом возрасте, хотя и имеет много общего с аналогичным поведением у взрослых, все же несет в себе возрастное своеобразие. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и личности в период ее становления. Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны. Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, гоня на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо непредусматривают смертельного исхода. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным (агрессия, направленная на самого себя) поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на «второе рождение» характерно для суицидентов детского и подросткового возраста. Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов: от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.). Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких; не сформировано представление о

необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование. Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков. Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. «Метафизическая интоксикация», свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.

Кроме критерия осознанности намерения лишить себя жизни, для определения истинности покушения на самоубийство у взрослых анализируются способы реализации суицида и особенности поведения суицидента.

Анализируя суицидоопасные конфликтные ситуации, можно предположить, что для ребенка или подростка они могут складываться из незначительных, по мнению взрослых, неурядиц. Однако, некоторый максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные периоду детства и, создавали ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождали чувство отчаяния и одиночества. Все это делало даже незначительную конфликтную ситуацию суицидоопасной для ребенка и, особенно для подростка, что подчас недооценивалось окружающими взрослыми. Все это обуславливает повышенный суицидальный риск в пубертатном возрасте.

Если среди взрослых суицидентов со значительным перевесом (1/3) преобладают мужчины, то в подростковой среде — ситуация обратная: среди девочек выявилось почти в 2,5 раза больше потенциальных самоубийц, чем среди мальчиков того же возраста (3,9% против 1,6%). Дело здесь, по-видимому, не в половых различиях, а в опережающем развитии девочек в этом возрастном диапазоне.

Влияние возрастного фактора на суицидальный синдром достаточно явно прослеживается в следующих данных: влечению к смерти в острой форме подвержены 1,3% 10—11-летних подростков, 1,9% — в возрасте 12—13 лет, 2,7% — 14—15-летних и 4,5% — в возрасте от 16 до 18 лет. Объяснение этого феномена кроется в «пересоциализации» личности с детской модели взаимоотношений с окружающим социальным миром на взрослую, более ответственную модель поведения. Девочки же, раньше взрослея, острее чувствуют на себе этот процесс.

В генезе суицидального поведения в подростковом возрасте также существенно влияние семейного фактора. Отец и мать, по данным исследования, являются идеалом лишь у 21% «проблемных» подростков, в группе «нормальных» мальчиков и девочек этот показатель составляет 41% (для отца) и 56% (для матери). Наибольшим доверием у подростков пользуются мамы (77% всех опрошенных мальчиков и девочек). Однако чем сильнее у подростка выражен суицидальный синдром, тем реже он доверит свои тревоги даже матери, еще реже отцу (23—29%).

Потеря доверительной связи с родителями — вот один из сильнейших стимуляторов суицидального синдрома у подростков. Мысли о самоубийстве мучают подростка тем чаще, чем меньше он доверяет своим родителям. Хорошие взаимоотношения детей с родителями уменьшают риск суицида до 1%, наоборот, постоянные ссоры ведут к увеличению этого риска до 18%. Но болезненнее всего дети воспринимают даже не конфликты с родителями, а их холодное безразличие к себе. Смертельный холод одиночества чувствуется в ответах 17% маленьких людей, когда они говорят, что в тяжелые минуты своей жизни они не хотят (или не могут) обратиться за помощью ни к кому. Нет, стало быть, среди десятков окружающих людей — родных, близких, приятелей и учителей — ни единого человека, с кем маленький человек смог бы разделить свою большую боль, облегчить душу, получить лечебное сочувствие или полезный совет.

Своеобразием детско-подросткового этапа онтогенеза отличаются также мотивация и динамика суицидального поведения. Так, для детей характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Суицидоопасна в этом возрасте и скрытая депрессия. По мнению многих исследователей, депрессии у детей и подростков часто маскируются гиперактивностью, агрессией, что затрудняет ее диагностирование. Типичной для детско-подросткового возраста является также суицидоопасная группа, состоящая из подростков, отличающихся высоконравственными устоями с идеализацией чувства любви и сексуальных отношений.

Соотношение попыток и смертей у подростков — 50 : 1. Соотношение суицидальных попыток девочек и мальчиков — 2,5 : 1. Среди демонстрационных попыток это соотношение составляет 4,3 : 1. До 19 лет среди суицидентов больше девочек.

4.2. Факторы детского и подросткового суицида

1. Одним из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте выделяют неблагоприятную семейную обстановку. Разрушительность семейного уклада отмечена практически всеми отечественными учеными, исследовавшими проблему детского суицида.

– Ситуация длительного конфликта в семье или ситуации развода родителей. Ребенку нелегко выдерживать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию».

– Утрата значимой привязанности, например, смерть мамы для ребенка становится нелегким испытанием.

– Отсутствие в семье «значимого взрослого». В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.

2. Психологическая неадекватность в воспитании. Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

– назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;

– наличием факта психологического или сексуального насилия;

- наличием фактов физического насилия.
3. Подростковое одиночество. В групповых социально-психологических исследованиях (например, социометрии) попадают в группу «отверженные», «козлы отпущения» и др.
- В начальной школе (7-9 лет), статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливость, неопрятность, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;
 - В среднем звене (10-14 лет), статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, не успешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики.
 - Для юношеского периода (14-18 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку.
4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии, в сравнении со сверстниками.
- Раннее интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами в развитии. В норме, для девочек, проявление половых признаков происходит к 11 годам, - у мальчиков – после 13 лет.
 - Дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным гармоничным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей, характерен для внешнего вида подростка, интенсивный и непропорциональный увеличения внутренних органов, провоцирует эмоциональные перепады. Наблюдаются гормональные перепады и взрывы у подростка.
 - Яркая картина акцентуаций в подростковом возрасте.
5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для детской агрессивности характерна вспыльчивость, мгновенность, импульсивность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:
- высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;
 - высокий уровень нервно-мышечного напряжения;
 - высокий уровень внушаемости;
 - бескомпромиссность (черно-белый мир, наличие категорий только «да» и «нет», мир крайностей без полутонов).
- Для подростков характерна бурная реакция на неудачу, гнев, бравада, девиации.
- Взятая в отдельности, сама по себе, каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что подросток, с ней столкнувшийся, обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложняют ему жизнь. У молодого человека, находящегося под прессом хотя бы одной из этих ситуаций или проблем, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид может стать для него единственным приемлемым выходом.

4.3. Динамика развития суицидального поведения

Самоубийство - слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило,

предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации.

Первая стадия - стадия вопросов о смерти и смысле жизни. Прежде чем совершить суицидальное действие в большинстве случаев наблюдается период, который характеризуется снижением адаптационных способностей (это может проявляться в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной раздражительности, эмоциональной неустойчивости и т.д.). В этот период формируются собственно суицидальные мысли, которые могут проявляться в виде заявлений о том, что «надоела такая жизнь», «вот бы уснуть и не проснуться», возникновением интереса к проблемам жизни и смерти и т.д. На этой стадии у подростка возникают пассивные мысли о лишении себя жизни, самоубийстве. Эта стадия также характеризуется представлениями, фантазиями и размышлениями о своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания типа: «Чем так жить, лучше умереть», «Хочется уснуть и не проснуться» и т. д. По данным исследований самоубийств среди подростков аналогичные высказывания имели место в 75 % случаев попыток самоубийств, суицидов. При этом значение таких высказываний недооценивается или воспринимается в демонстративно-шантажном аспекте.

Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе, дает понять окружающим о своем намерении. Самоубийства, часто, не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намерился совершить суицид, от 70 до 75 % тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Очень важно, что большинство тех, кто совершает самоубийства, ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто они не встречают человека, который их выслушает.

Вторая стадия - это суицидальные замыслы. Это активная форма проявления желания покончить с собой, она сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов, продумываются способы, время и место совершения самоубийства. У подростков отмечаются высказывания о своих намерениях.

Третья стадия - суицидальные намерения и собственно суицидальная попытка. Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм суицидальных поведенческих актов.

Период от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток их осуществления называется пресуицидом. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений сразу, без предшествующих ступеней.

После попытки суицида наступает период, когда к ребенку относятся с повышенным вниманием и заботой. В этот период маловероятно повторение суицидальных действий. По истечении трех месяцев взрослые, видя, что ребенок внешне спокоен, не высказывает мыслей о суициде и не пытается повторить попытку, перестают внимательно относиться к ребенку и уделять ему должное внимание, начинают вести привычный для них образ жизни, т.к. считают, что ребенок преодолел кризис и с ним все в порядке. Но, если ситуация, приведшая ребенка к суицидальному действию не была проработана совместно со взрослыми, ребенок все

еще находится под угрозой совершения повторной суицидальной попытки. И в тот момент, когда взрослые перестают волноваться за состояние ребенка, как отмечает ряд исследователей, и совершаются повторные попытки суицида. Поэтому необходимо на протяжении длительного времени наблюдать за ребенком, оказывать ему поддержку, беседовать с ним и проводить иные профилактические действия.

4.4. Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения у детей и подростков

Антисуицидальные факторы личности - это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к значимым родным и близким;
- выраженное чувство долга, обязательность;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического ущерба;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- наличие духовных, нравственных и эстетических критериев в мышлении;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.
- наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- проявление интереса к жизни;
- привязанность к родственникам, близким людям, степень значимости отношений с ними;
- уровень религиозности и боязнь греха самоубийства;
- планирование своего ближайшего будущего и перспектив жизни;
- негативная проекция своего внешнего вида после самоубийства.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает ребенок, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

5. Профилактика суицидального поведения детей в образовательных организациях.

5.1. Модели профилактики суицидального поведения в образовательных организациях.

В соответствии с Письмом Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. № 07-149 "О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида" целевыми группами (объектами) профилактики суицидального поведения являются: обучающиеся, специалисты (педагоги, медицинские работники, педагоги-психологи, социальные педагоги), представители государственных учреждений, участвующие в жизнедеятельности

вышеуказанных групп. Категории детей, нуждающихся в психолого-педагогическом сопровождении: школьники в период адаптации к новым условиям образовательного процесса (1, 5, 10 классы); дети, имеющие школьные трудности; дети с социально-педагогической запущенностью и отклоняющимся поведением; школьники в период перехода к профильному обучению; дети из неблагополучных семей; дети с особыми образовательными потребностями; группы школьников в случае возникновения ситуации межличностного конфликта; дети из семей беженцев и переселенцев.

Субъектами профилактической работы являются: специалисты образовательных организаций, учреждений социальной защиты населения и системы здравоохранения, сотрудники органов внутренних дел, представители общественных объединений и организаций, а также представители СМИ, занимающиеся профилактикой и оказанием поддержки семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Основой ранней профилактики является: создание условий, обеспечивающих возможность нормального развития подростков; своевременное выявление типичных кризисных ситуаций, возникающих у учащихся определенного возраста. Профилактика должна строиться на принципах системности, комплексности, содержательной насыщенности, целостности, взаимосвязанности, пролонгированности, преемственности, скоординированности психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса с учетом того или иного уровня профилактики:

✓ на уровне личности: доступности и своевременности помощи и поддержки; гуманизма - вера в возможности ребенка, позитивный подход; реалистичности - учет реальных возможностей ребенка и конкретной ситуации; системности - рассмотрение ребенка как целостного, качественно своеобразного, динамично развивающегося субъекта; индивидуального подхода - изменение содержания, форм и способов коррекционноразвивающей работы в зависимости от особенностей ребенка, целей работы, позиции и возможностей специалиста; деятельностного принципа коррекции - опора на ведущий вид деятельности, свойственный возрасту ребенка;

✓ на уровне образовательной организации: профессионализма специалистов - психологов, социальных педагогов, учителей и других участников учебно-воспитательного процесса; приоритетности проективности социальных проблем; сотрудничества с учреждениями и органами, которые занимаются вопросами охраны психического здоровья несовершеннолетних и его профилактикой; опережающего характера психологопедагогической профилактики; конструктивно-позитивного характера превенции;

✓ на уровне государственных учреждений: системности, взаимодействия региональных органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и подведомственных им организаций, а также межпрофессиональное взаимодействие специалистов различных служб и ведомств; единой стратегии профилактики, включая основные направления, методические подходы и конкретные мероприятия; комплексного использования социальных, психологических и личностно-ориентированных направлений и форм профилактической деятельности; соответствия профилактической деятельности социально-экономической ситуации в стране, регионе, муниципальном образовании; соответствия профилактических форм и методов законодательным актам федерального и регионального значения.

В настоящее время описывают 2 основных модели профилактики суицидального поведения детей и подростков в образовательной организации:

1) «Типовая модель психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся»¹, разработанная авторским коллективом из 8 специалистов под руководством д.псих.н., профессора Н.Ю. Синягиной и к.псих.н., доцента О.И. Ефимовой

Модель психолого-педагогического сопровождения образовательной среды, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся, является многоуровневой. Вместе с тем, авторы модифицируют традиционную схему профилактики суицидального поведения, где основным критерием выделения уровня выступает степень суицидального риска, и обосновывают комплексный подход – по уровням социальной структуры образовательного учреждения на базе возрастного, гендерного, психобиографического и индивидуального подходов, где целевые группы каждого уровня характеризуются и как объект, и как субъект превенции.

Предлагаются *2 вектора* психолого-педагогического сопровождения образовательной среды, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся:

- общая профилактика (обеспечение вовлечения всех учащихся в жизнь школы и предупреждение их школьных трудностей и социальной дезадаптации);
- специальная профилактика (выявление и сопровождение всех учащихся, нуждающихся в особом педагогическом внимании, проведение с ними работы на индивидуальном уровне).

Основные условия успешной реализации модели психолого-педагогического сопровождения профилактики суицидального поведения несовершеннолетних:

1. Микросоциальные (школьные) условия. Престиж здорового образа жизни в школе. Соответствие пришкольного участка, здания школы, его планировки, микроклимата, светового режима, отделки, оборудования учебных и не учебных помещений, а также организации школьного питания санитарно-гигиеническим требованиям и современному дизайну. Наличие в школе и классе атмосферы, способствующей хорошему настроению, высокой работоспособности, психогигиеническому комфорту. Учет динамики умственной работоспособности при организации учебного труда и отдыха, выборе режимов обучения, составлении недельного расписания; использование на уроках здоровьесберегающих педагогических технологий, минимизация стрессовых воздействий во время проведения контрольных работ и экзаменов.

2. Понимание руководителями школы и педагогическим коллективом значимости решения вопросов формирования, сохранения и укрепления здоровья учащихся в процессе получения ими образования, присутствие фактора социального одобрения деятельности, отнесенной к здоровому образу жизни (далее - ЗОЖ). Наличие у учителя высокой культуры здоровья, реализация им положительной модели здорового образа жизни.

3. Формирование у школьников в процессе обучения и воспитания собственных установок, потребностей и значимой мотивации на соблюдение норм и правил ЗОЖ, находящей одобрение и поддержку среди сверстников и в семье, где с

¹ С полным пакетом материалов по Типовой модели можно ознакомиться в ФГБНУ «ЦПВиСППДМ» по предварительной заявке по тел.: 8-499-973-55-86. Сайт учреждения <http://www.cipv.ru/>

раннего возраста закладываются предпосылки здорового или, наоборот, аддиктивного, саморазрушающего поведения.

4. Конструктивная политика школы в отношении здоровья и личностного развития детей - реальные ценности, нормы и правила, позволяющие предъявлять адекватные требования к возможностям учеников, устанавливать четкие правила и последовательно их выполнять, соблюдать дисциплину на основе поощрения позитивного поведения, активно участвовать в жизнедеятельности школы, устанавливать отношения доверия и конструктивного взаимодействия.

5. Специальная профессиональная подготовка учителей, участвующих в реализации данной модели.

Цель: обеспечение системного, комплексного, скоординированного психолого-педагогического сопровождения образовательной среды, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся.

В рамках такого подхода можно выделить три уровня:

1. «Я сам» - программа самопомощи подростка (уровень личности).
2. «Равный - равному» - модификация программы современного молодежного краудсорсинга (уровень сверстников).
3. «Видеть, слышать, понимать» - программа по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних (уровень педагогического коллектива).

Программа «Я сам» по своей сути представляет индивидуальное психологопедагогическое сопровождение подростка и направлена на: предупреждение развития дидактогении; осуществление системы мер, предполагаемых разработку комплекса методик обучения детей группы суицидального риска; разработку режима и проведения индивидуальной коррекционной работы с обучающимися группы суицидального риска психологом и классным руководителем; оказание помощи родителям по воспитанию и обучению ребенка. Психолого-педагогическое сопровождение направлено на формирование жизнестойкости несовершеннолетних, тех качеств личности, которые являются общими у эффективно адаптирующихся людей:

а) реальная способность видеть и принимать действительность такой, какова она есть;

б) умение находить положительные стороны в различных жизненных ситуациях;

в) способность творчески перерабатывать информацию и вырабатывать новые, непривычные или неочевидные методы решения проблем. В формировании жизнестойкости немалую роль призваны сыграть учителя гуманитарного цикла, проводя беседы о смысле бытия, о ценности жизни, о неповторимости каждого мгновения. В качестве возможных форм превенции могут быть предложены уроки - биографии, уроки - примеры, уроки - судьбы, уроки - встречи, уроки - диспуты о смысле жизни, уроки логотерапии, уроки - экскурсии и др.

Программа «Равный – равному», суть которой состоит в подготовке волонтеров из числа обучающихся образовательных организаций, способных своими силами вести пропаганду, направленную на снижение уровня суицидального риска в подростковой среде. Существует три типа образовательно-воспитательных программ для подростков. Наиболее распространенный из них имеет условное название "Взрослые - молодым" - в рамках программы все планы и решения принимаются взрослыми, а молодежь приглашается для обязательного участия. Второй тип

программы - "Взрослые с молодыми", в рамках которой взрослые планируют, а молодые осуществляют, исполняют задуманное. Редкий и во многом сложный для использования в образовательной организации третий тип программы - "Молодые с взрослыми", в рамках которой молодые люди строят планы, принимают решения, находят выход из затруднений, тогда как взрослые люди только помогают и поддерживают их в этом.

Современная вариация программы "Равный - равному" предусматривает: профессиональную подготовку молодёжи к передаче знаний, навыков сохранения здоровья и адаптации к правилам общества; контроль за работой молодых тренеров. Обучение по принципу "равный-равному" среди молодежи - это обучение, при котором сами молодые люди передают знания, формируют установки и способствуют выработке навыков среди равных себе по возрасту, социальному статусу, имеющих сходные интересы. Зачастую именно сверстник становится авторитетом и образцом для подражания в группе. Очень важно, чтобы кумиром оказался человек, чьими жизненными ценностями являются здоровье, любовь, самосовершенствование, помощь другим людям. Таким человеком и может стать подросток-волонтер. Организуя работу в позиции "на равных", волонтер помогает принять участнику занятий на себя ответственность за свои решения и выборы. В итоге взрослое сообщество получает более эффективного члена общества, способного отстаивать свои интересы и помогать другим. Одним из важных отдаленных результатов может быть снижение уровня инфантильности и агрессии в обществе. Ведь подросткам постепенно передается ответственность за их собственное здоровье и будущее. Они становятся более самостоятельными и требуют меньшей опеки, как в ближайшем будущем, так и в отдаленной перспективе.

Программа "Равный - равному" предполагает:

- деятельность по подготовке педагогов-тренеров для организации и проведения обучения подростков;
- подготовку подростков-инструкторов из числа подростков, прошедших соответствующее обучение, к просветительской деятельности в среде ровесников.

Цель обучения: научить подростков распространять витальные принципы среди своих сверстников и не только не попасть под негативное влияние, но и самому стать источником положительного влияния. В основу программы положены следующие методологические принципы работы: непрерывность, адресность, своевременность, доступность, последовательность.

Программа по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних «Видеть, слышать, понимать» включает в себя комплекс диагностических показателей по факторам суицидального риска и является базовой платформой повышения компетентности педагогических работников всех уровней в области профилактики суицидального поведения несовершеннолетних.

2) Традиционная модель профилактики суицидального поведения несовершеннолетних предполагает 4 уровня профилактической деятельности:

Первый уровень – общая профилактика. Цель - повышение групповой сплоченности в школе. В рамках общей профилактики проводятся следующие мероприятия: создание общих школьных программ психического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь, организация внеклассной воспитательной работы, разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Учащиеся, чувствующие, что учителя к ним справедливы, что у них есть близкие люди в школе, ощущающие себя частью школы, гораздо реже думают или пытаются совершить самоубийство.

Второй уровень - первичная профилактика. Цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств. Мероприятия: Диагностика суицидального поведения. Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. Классные часы, круглые столы, стендовая информация

Третий уровень – вторичная профилактика. Цель - Предотвращение самоубийства. Мероприятия: Оценка риска самоубийства, оказание экстренной помощи, информирование круга лиц, которые могут повлиять на принятие мер по снижению риска (администрацию, классного руководителя, родителей), согласование с ними дальнейших действий.

Четвертый уровень – третичная профилактика. Цель - Снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов. Мероприятия: установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации, выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи. Проводятся индивидуальные консультации с целью уточнения степени воздействия травматического события и преодоления его. При работе с несовершеннолетними для более полной адаптации подростка не только в школе, но и семье более эффективным является семейное консультирование. Организуется психокоррекционная работа с учащимися по переживанию травматического события. **Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку в постсуицидальный период:** консультирование должно быть сфокусировано на оценку наличия суицидальных намерений и их снижении (болезненных фантазий о смерти, неприятии, враждебности, потере и наказании), а также на стабилизацию ситуации.

Значимым фактором формирования и развития конструктивных стратегий преодоления трудностей, с которыми сталкивается подросток, является семья. При этом все виды профилактической деятельности должны выстраиваться в целостной взаимосвязанной системе родитель-ребенок-учитель. Вместе с тем, родители и педагоги часто не понимают характера трудностей детей, опираются в работе с ними только на анализ их неудач, а также ставят перед ними задачи, не соответствующие их реальному уровню развития или реальным возможностям, на что дети отвечают неадекватным поведением и отказом от действия, а это, в свою очередь, приводит к новым сложностям в учебе или во внеучебной деятельности. Одной из основных задач семьи является обеспечение ранней психологической и педагогической подготовки школьников, направленной на формирование навыков стрессоустойчивости и современных адаптивных стратегий поведения, ведущих к успешной самореализации.

Одно из направлений работы с родителями по профилактике суицида подростков является систематическое разностороннее педагогическое и психологическое просвещение родителей, т.е. ознакомление их как с основами теоретических знаний, так и с практикой семейного воспитания. Конечно, необходимо информировать родителей о признаках, причинах и маркерах

суицидального поведения подростков, но даже более важным является обращение внимания родителей на формирование доверительных детско-родительских отношений. Важным фактором эффективных детско-родительских отношений, особенно в ситуации взаимодействия с детьми группы суицидального риска, является гуманистический стиль общения - безоценочное принятие подростка, ровное, терпеливое отношение к нему.

В связи с этим наиболее эффективными способами педагогической поддержки семьи являются: консультирование, беседы, факультативы, групповые консультации, тренинги для группы родителей, имеющих схожие проблемы в воспитании ребенка, различные виды собраний, вечера вопросов и ответов, родительские конференции; а наиболее эффективными приемами педагогической поддержки выступают доверительная беседа, совет, акцент на достоинства ребенка, проекция результата, обсуждение на равных.

В настоящее время разрабатываются различные модели построения психолого-педагогического сопровождения образовательной среды в учреждении. Однако общим является решение основных задач профилактики суицидального поведения: предупреждение возникновения проблем развития личности, оказание помощи в построении взаимоотношений со сверстниками, педагогами и родителями, преодолении учебных трудностей, развитие эмоционально-волевой сферы, а также выявление и оказание помощи детям «группы риска».

5.2. Основные принципы профилактической работы

Сочетания микро-социальных (социально-психологических) причин и индивидуально-психологических особенностей личности подростка, обуславливающие суицидальные формы реагирования на трудные обстоятельства, предполагают индивидуализацию работы, особенно с детьми группы риска.

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков — это задача специалистов, осуществляющих психолого-педагогическую и коррекционную работу с детьми группы риска. Для повышения уровня результативности в реализации профилактической работы, рекомендуется учитывать ряд принципов в работе:

- неукоснительное соблюдение психолого-педагогической этики, требований социально-психолого-педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя, учителя, психолога, социального педагога и т.д.;
- владение минимумом знаний возрастной психологии, в области подросткового суицида, а также соответствующих приемов индивидуальной психокоррекционной работы, лечебной педагогики и психотерапии;
- раннее выявление контингента детей группы риска, на основе проводимых социально-психодиагностических процедур и исследований, а также знания его характеристики, в целях наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;
- активный патронаж семей, в которых проживают дети группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;
- неразглашение фактов суицидальных случаев в детских коллективах;
- рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;

- усиление внимания родителей и сотрудников учреждений к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;
- проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- формирование у подростков таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни», а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;
- повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению жизненных трудностей;
- психологическая помощь семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у подростков нервно-психических расстройств.

Для создания системы профилактики суицидов у детей и подростков необходимо соблюдение основного принципа – ПРИНЦИПА КОМПЛЕКСНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ. Данное взаимодействие разных специалистов, а именно: учителей, воспитателей, психологов, социальных работников, медицинских работников, сотрудников комиссии по делам несовершеннолетних, родителей способствуют более эффективной работе в области профилактики и предотвращении повторных суицидов среди подростков.

6. Диагностика суицидального поведения несовершеннолетних

6.1. Диагностические признаки суицидального поведения

Раннему выявлению суицидального поведения способствует навык наблюдения. Дети и подростки, попавшие в кризисную ситуацию, меняются. Изменяется поведенческая составляющая, внешний вид, эмоциональные реакции, отношения с одноклассниками, друзьями, интересы и т.д. Самоубийства, часто, не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. Среди тех, кто намерился совершить суицид, от 70 до 75 % тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными.

Способы информирования о суициде:

1. Прямое устное сообщение, когда человек открыто выражает свои мысли или планы в отношении суицида.
2. Косвенное устное сообщение, в котором подростки не так явно делятся своими мыслями (например, «Я так больше не могу»).
3. Прямое невербальное информирование (например, приобретение лекарств).
4. Косвенное невербальное сообщение (например, внезапное, без видимой причины завершение планов, раздача любимых предметов и т.д.).

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- Злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;

- Эскейп-реакции (уход из дома и т.п.);
- Самоизоляция от других людей и жизни;
- Резкое снижение повседневной активности;
- Изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- Выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийством;
- Частое прослушивание траурной и печальной музыки;
- «Приведение дел в порядок» (урегулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей);
- Любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отделяющие от близких;
- Склонность к неоправданно рискованным поступкам;
- Посещение врача без очевидной необходимости;
- Нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе, на работе или службе;
- Расставание с дорогими вещами или деньгами;
- Приобретение средств для совершения суицида.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ

- Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» - прямое сообщение, «Скоро все это закончится» - косвенное);
- Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- Уверения в беспомощности и зависимости от других;
- Прощание;
- Сообщение о конкретном плане суицида;
- Самообвинения;
- Двойственная оценка значимых событий;
- Медленная, маловыразительная речь.

КОГНИТИВНЫЕ ИНДИКАТОРЫ

- Разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- Негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- Представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- Представление о мире как месте потерь и разочарований;
- Представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «Туннельное видение» - неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Степень суицидального риска прямо связана с тем, имеются ли у человека только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, и уже оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше вероятность его реализации.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ

- Амбивалентность по отношению к жизни;

- Безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- Переживание горя;
- Признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница, умеренное употребление алкоголя и утрата испытывать удовольствие;
- Несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- Вина или ощущение неудачи, поражения;
- Чрезмерные опасения или страхи;
- Чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- Рассеянность или растерянность;

СИТУАЦИОННЫЕ ИНДИКАТОРЫ

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека; сексуальное насилие; денежные долги; раскаяние за совершенное убийство или предательство; угроза тюремного заключения; угроза физической расправы; получение тяжелой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; нервное расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена или уход любимого человека; ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.д.

Необходимо хорошо знать индивидуальные психофизиологические и социально-психологические особенности ребенка. Любое изменение в его поведении должно настораживать: стал ли он угрюм или замкнут или наоборот, излишне возбудим, является поводом для того, чтобы обратить на него внимание.

6.2. Оценка суицидального риска

Каждая **оценка суицидального поведения** должна включать в себя следующее:

- Проверку имеющихся отношение к суициду факторов риска.
- Историю проявлений суицидального поведения.
- Неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия, или состояние здоровья.
- Степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности.
- Внезапные сильные факторы стресса.
- Уровень импульсивности и самоконтроля.
- Сведения о других сдерживающих факторах.
- Защитные факторы.

Примерная шкала оценки суицидального риска:

Отсутствует.	Незначительный.	Умеренный.	Высокий.
Не существует риска нанесения себе вреда (членовредительства)	Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе	На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных	Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у

	<p>вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов и не было попыток самоубийства в прошлом.</p>	<p>идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.</p>	<p>индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку, в прошлом были попытки самоубийства.</p>
--	--	--	--

6.3. Методическое обеспечение диагностического этапа работы

Школьному психологу необходимо уметь выявить учащихся с суицидальными намерениями. Мысли, эмоции подростка с суицидальными намерениями отражаются в его поведении. Суицидальные «маркеры» можно выявить на основе наблюдения, беседы, диагностических методик, изучения документов (рисунков, выдержек с сайтов персональных страничек, предпочитаемых фильмов, песен и т.п.).

Объективные методы: анализ социодемографических, биографических, культуральных данных, наблюдение - за поведением в стрессовых ситуациях, эмоциональным состоянием, успеваемостью.

Опросные методы и тесты:

1. Тест выявления суицидального риска у детей А.А. Кучер, В.П. Костюкевич. Используется для выявления аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения у учащихся 5-11 классов.

2. Диагностика суицидального поведения подростков (Модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста). Методика предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности личности, влияющая на формирование суицидальных наклонностей подростка.

3. Методика «Сигнал». Иматон. Предназначена для экспресс-диагностики уровня суицидального риска и выявления мотивов для жизни. Используется для подростков с 16 лет.
4. Методика диагностики суицидального поведения Горской М.В. Предназначена для подростков 16-17 лет.
5. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова). Позволяет прогнозировать степень суицидального риска подростков.
6. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой). Экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.
7. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер). Позволяет определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.
8. Шкала безнадёжности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974). Шкала, измеряющая выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему у взрослых и подростков.
9. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсова. Способствует выявлению уровня ощущения одиночества личности.
10. Опросник С.Г. Корчагина «Одиночество». Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростка.
11. Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е. Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера (Личко, 1997, Юрьева, 1999):
 - Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Потенцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.
 - Эмоционально-лабильный тип. Суицидальные действия совершаются в период острых аффективных реакций интрапунтивного типа. Суицидальное поведение аффективно, принятие решения и его исполнение осуществляется быстро, как правило, в тот же день.
 - Эпилептоидный тип. Суицидальные действия совершаются в период аффективных реакций, которые чаще бывают экстрапунтивными (агрессивными), но могут трансформироваться в демонстративное суицидальное поведение.
 - Истероидный тип. Для них характерны демонстративные и демонстративно-шантажные суицидальные попытки.
12. Опросник Басса-Дарки. Позволяет определить выраженность аутоагрессии, самообвинения, чувство угрызения совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

Проективные методики:

1. Методика «Незаконченные предложения », вариант методики Saks-Sidney, адаптирована в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева. Может использоваться для учащихся с 1-го класса. Позволяет оценить отношение к себе, семье,

сверстникам, взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.

2. Цветовой тест М. Люшера. Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для взрослых и детей с 5-ти лет. Выраженным признаком риска суицидального поведения является выбор группы +7+4 – «Старается избавиться от проблем, трудностей и напряжения с помощью непоследовательных и неожиданных действий. Отчаянно ищет пути избавления, способен на опрометчивые поступки вплоть до самоубийства».

7. Оказание психолого-педагогической помощи в кризисных ситуациях.

Кризисной называют ситуацию, когда человек сталкивается с препятствием в реализации важных жизненных целей и не может справиться с этой ситуацией с помощью привычных средств. Выделяются два типа кризисных ситуаций: обусловленные изменениями в естественном жизненном цикле или травмирующими событиями жизни.

Ситуации, относящиеся к разряду критических, в своей основе могут иметь объективный и субъективный компоненты. Объективный компонент представлен воздействиями внешнего, предметного и социального мира, в то время как субъективный заключается в восприятии и оценке человеком ситуации как критической. Исходя из этого, критическую ситуацию можно охарактеризовать как социальную ситуацию, динамика которой развивается по двум направлениям (А.Г.Амбрумова):

а) личностному, когда формирующийся внутренний конфликт обоснован характерологическими особенностями личности и появляется первым, независимо от благополучной еще в это время внешней ситуации; только затем внутренняя конфликтная напряженность психики начинает видоизменять формы поведения и общения человека, создавая поводы и причины для ухудшения внешней ситуации и перестройки ее в конфликтную, вплоть до стрессовой;

б) ситуационному, когда целый ряд неблагоприятных внешних воздействий, психотравмирующих стимулов падает на почву не отчетливо работающих защитных механизмов психики, низкую толерантность по отношению к эмоциональным нагрузкам.

Необходимым условием возникновения кризиса являются значительные эмоциональные нагрузки, блокирование важнейших потребностей индивида и его специфическая личностная реакция на это.

Кризисные ситуации и кризисы разнообразны, как сама жизнь человека. В психологической литературе определены основные виды кризисов, которые может испытывать человек:

- кризисы развития (возрастные кризисы);
- кризисы утраты и разлуки;
- травматические кризисы
- кризисы отношений и состояния души;
- кризисы смысла жизни;
- морально-этические кризисы.

Кризисная ситуация делает людей более восприимчивыми к самоубийству. В это время в жизни человека происходит нечто очень важное. Для него очень остро воспринимается все находящееся вокруг них. В то же время, и происходящее в себе воспринимается не менее остро. В этих обстоятельствах человек утрачивает позитивную перспективу и ориентиры, к которым нужно стремиться. Прогнозы на будущее становятся самыми мрачными, безнадежными. В итоге – исчезает ценность собственной жизни вообще.

7.1. Организация помощи детям «группы риска»

С учетом факторов детского и подросткового суицида, результатов диагностики и наблюдения может быть выделена категория детей «группы риска», то есть тех, кто более склонен к суицидальному поведению. При работе с ребенком (подростком) предполагается разработка и реализация индивидуального плана (программы) сопровождения.

Организация педагогической помощи:

- создание благоприятных условий для развития личности ребенка;
- постоянное отслеживание пробелов в знаниях, умениях и навыках, определение системы дополнительных занятий, помощи и консультирования;
- создание положительной Я-концепции. Создание обстановки успеха, одобрения, поддержки, доброжелательности. Анализ результата деятельности учеников, их достижений. Поощрение положительных изменений. Переход от авторитарной педагогики к педагогике сотрудничества и заботы;
- оказание педагогической помощи родителям.

Организация медицинской помощи:

- проведение систематического диспансерного осмотра детскими врачами школьников с целью диагностики отклонений от нормального поведения, психофизиологического, неврогенного характера;
- половое просвещение подростков, решение проблем половой идентификации.

Организация психологической помощи:

- изучение психологического своеобразия подростков, особенностей их жизни и воспитания, отношения к учению, профессиональной направленности, особенностей эмоционального развития;
- выявление проблем семейного воспитания, психологическое консультирование с целью помочь ребенку разобраться в проблемах
- сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств, реализация индивидуальной и групповой психологической коррекции;
- анализ эффективности выбранных средств профилактики и психокоррекции.

Организация занятости и творческого досуга:

- изучение интересов и способностей детей, вовлечение в общественно полезную деятельность, секции, кружки;
- организация для детей, не имеющих достаточного ухода и контроля со стороны семьи, сезонных оздоровительно-досуговых школьных лагерей и групп продленного дня.

В рамках коррекционно-реабилитационной работы с обучающимися рекомендуется: изучение запроса и последующее проведение комплексной психологической диагностики эмоционально-личностной и коммуникативной сфер подростка; индивидуальное консультирование подростка и членов семьи; проведение

индивидуальных коррекционно-реабилитационных занятий с подростком. В качестве индикаторов эффективности этой работы могут быть определены следующие показатели: уровень тревожности в пределах нормы; отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности; сформированная адекватная самооценка; ориентация в системе ценностей, сформированное ценностное отношение к жизни и здоровью; адаптация в школьном коллективе, семье; осознание собственных чувств, мыслей; осознание собственного чувства гнева, дифференциация приемлемых и неприемлемых способов выражения гнева; принятие собственной уникальности (создание чувства своего собственного "Я" с соответствующими границами).

7.2. Организация психолого-педагогической помощи в образовательной организации в ситуации риска суицида несовершеннолетнего

В соответствии с Письмом Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. N 07-149 "О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида" при обнаружении факта незавершенного суицида или его потенциальной угрозы необходимо вызвать родителей, врача-специалиста медицинского центра; подключить специалистов учреждений социальной защиты (центр помощи семье с приютом, инспектора по делам несовершеннолетних), когда имеются факты жесткого обращения с ребенком, выраженная конфликтность, аморальное поведение членов семьи, запои родителей.

При выявлении суицидального случая на основании приказа "Об организации ведения учета обучающихся, находящихся в трудной жизненной ситуации" суицидента ставят на учет и ответственные лица работают со "Случаем С" - вся документация идет под грифом "Для служебного пользования". Вся информация конфиденциальная, права ребенка строго охраняются ответственными специалистами с соблюдением принципа "не навреди". Первоочередными задачами бригады являются не только выявление потенциальных суицидентов, пострадавших, но и обеспечение их безопасности, предотвращение или прекращение панических реакций пострадавших, недопущение повторного суицида. Эффективность проводимых мероприятий зависит от уровня теоретической и практической подготовки специалистов с отработкой умений оказывать практическую помощь.

Организатор группы - классный руководитель, координатор содержания деятельности - школьный психолог, координатор связи с социумом - социальный педагог. Общий контроль осуществляет заместитель директора по воспитательной работе, профессиональный контроль обеспечивает председатель психолого-медико-педагогического консилиума. Суицидент находится на постоянном сопровождении не менее полугода, после чего консилиум принимает решение о дальнейшем сопровождении пострадавшего, закрытии "Случая С", снятии с учета. В особо трудных случаях ребенок должен находиться на сопровождении не менее двух лет или постоянно.

Как психологам, так и неспециалистам важно понимать основные правила ведения беседы при риске суицида. Кризисные службы разработали целые стратегии, направленные на снижение риска суицида при общении с клиентом лицом к лицу. Некоторые из них:

1. Поправка на вентиляцию чувств. Позвольте клиенту высказаться, не прерывайте его. Для того, чтобы удержать его на проводе и не оборвать ту ниточку,

которая еще связывает его с жизнью, необходимо принять злость и манипулятивные действия с его стороны.

2. Гарантия. Если клиент заявляет, что никто не в состоянии помочь ему, вам необходимо снова и снова заверить его, что вы можете быть полезным и заинтересованы в продолжении разговора.

3. Подкрепление позитивных настроений. Если абонент упомянул о каких-либо своих позитивных действиях или окрыленных надеждой мыслях, помогите ему осознать их

4. Предоставьте альтернативный способ выражения чувству. Эта стратегия предполагает помощь в идентификации поступков, которые клиент мог бы совершить вместо попытки самоубийства.

5. Признание страданий. Вербально подтвердить понимание того, что угроза (или попытка) суицида демонстрирует; страдания этого человека, можно следующим образом: 1) серьезно отнестись к его заботам и сложившейся ситуации; 2) объяснить, что нет нужды совершать это действие для того, чтобы доказать существующее положение; и 3) попробовать альтернативные варианты.

6. Обсуждение условий «Контракта о несовершении самоубийства». «Я никогда не убью себя, случайно или умышленно, вне зависимости от того, что произойдет». Если человек сможет уверенно сделать подобное заявление — риск совершения суицида уменьшится. Однако, если он (она) 1) отказывается заключить контракт; 2) находится под влиянием наркотического или алкогольного опьянения; или 3) изменяет некоторым образом условия контракта, то степень риска самоубийства этого человека повышена.

7. Исследование летальности. Беседуя, но ни в коем случае не оценивая, попытайтесь получить информацию, относящуюся к факторам летальности.

8. Структурирование ситуации. Осуществляется с помощью соответствующих вопросов. В сознании клиента формируется объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации в ее развитии.

9. Поиск источника эмоций. Обратившемуся предлагается Установить непосредственные причины своего эмоционального состояния («Что именно в этой ситуации так вас ранит?»). Этот прием помогает осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.

10. Преодоление исключительности ситуации. Используется в случае, когда клиент считает, что критическая ситуация (измена супруга, распад семьи и т.п.) складывается только у него в силу личностных недостатков и ошибочных действий. Психолог-консультант может тактично подвести клиента к мысли, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто. Однако А. Г. Амбрумова подчеркивает, что этим приемом следует пользоваться очень осторожно, так как он может нарушить общение, если клиент вместо поддержки услышит заявление типа: «Ваша ситуация банальна».

11. Снятие остроты ситуации. Клиенты часто считают, что, критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях консультант подчеркивает, что у обратившегося есть время на обдумывание и принятие решения.

12. Терапия успехами и достижениями. Особенно эффективна для людей неуверенных в себе, застенчивых, с низкой самооценкой. Рассказывая о себе, клиент может сообщить и о своих трудностях, которые ему приходилось преодолевать. Психолог-консультант тактично подчеркивает эти успехи, формируя у собеседника представление о себе, как личности, способной к преодолению трудностей.

13. Планирование. Побуждение клиента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности (отличной от суицида, «замещающей суицид»).

В МГППУ ЦЭПП Матафоновой Т.Ю. приводится следующая схема оказания экстренной психологической помощи обучающимся при выявлении намерения совершения суицида (**Приложение 1**).

При обнаружении угрозы суицида первым этапом является оповещение экстренных служб города и обеспечение собственной безопасности.

Этап сбора информации

Времени на сбор информации, в таких случаях, практически нет. Исходя из этого, были выделены те аспекты, которые крайне важны для работы. Это такие данные как:

- Пол, примерный возраст (необходимо для того, чтобы оценить вероятность совершения попытки)
- Повод (какие события предшествовали совершению попытки суицида). Необходимо для выбора темы разговора.
- Наличие\отсутствие психиатрического диагноза (важно для выбора стратегии помощи и обеспечения собственной безопасности)
- Алкогольное или наркотическое опьянение (хронический алкоголизм). Важно для оценки летальности, выбора стратегии разговора.
- Кто присутствует из значимых людей (важно т.к. во многих случаях у близких можно получить дополнительную информацию, а так же это помощь и поддержка для пострадавшего в последующие периоды).
- Были ли другие попытки суицида у пострадавшего (т.к. возможно хроническое суицидальное поведение)

Небольшое количество вопросов, которые необходимо выяснить позволяет собрать информацию и сделать необходимые для работы выводы в короткие сроки. Безусловно, наличие любой дополнительной информации важно. Однако, в каждом конкретном случае необходимо сопоставить важность этой информации и количество времени, которое уйдет на ее сбор. В некоторых случаях необходимое количество информации собрать не удастся, тогда необходимо осторожно и осознанно подходить к оказанию экстренной психологической помощи.

Этап Оценка летальности (оценка вероятности совершения попытки самоубийства). Невозможно со 100% вероятностью предсказать будет ли совершена попытка самоубийства или нет. Однако, опираясь на статистические данные, можно оценить насколько велик риск совершения такой попытки и выделить группу риска.

Этап Присоединения к пострадавшему является следующим этапом работы. Это первое, что должен сделать человек непосредственно при разговоре с потенциальным самоубийством. Это чрезвычайно важно т.к. человек, находящийся на грани совершения попытки суицида оказывается в ситуации, когда весь мир и сама жизнь оказываются враждебными по отношению к нему. В этом случае становится крайне важно, чтобы человек оказывающий помощь выступал не от лица враждебного мира, а стал соратником, союзником человека, оказавшегося в кризисной ситуации. С другой стороны важно не только занять такую позицию, но и «сообщить» о ней пострадавшему. По данным психологов подавляющая часть информации передается при помощи невербальных (поза, жесты, мимика) и паравербальных (интонация, тон, тембр голоса) механизмов. Такая информация передается нами и воспринимается окружающими независимо от нашего желания, однако, такого количества информации достаточно в обычной, повседневной жизни, а в критической ситуации необходимо «усиливать» эти сигналы. Здесь во многом

решающими являются навыки невербальной подстройки, «отзеркаливания», т.е. все те навыки, которые могут помочь транслировать.

Этап актуализации ресурса.

В любой ситуации, даже если она кажется самой негативной, существуют положительные моменты. Такими моментами могут быть факт того что само событие уже произошло, факт того что человеку удалось выжить, наличие уникального жизненного опыта («все, что не убивает меня, делает меня сильнее») и т.д... Важно найти такие моменты для пострадавшего, сконцентрировать его внимание на том, что эти моменты есть. Показать ему уникальность его жизненного опыта и пользу этого опыта для окружающих и него самого.

Этап «выслушивания». Основная задача этой фазы «следовать» за пострадавшим; слушать его и не навязывать свою точку зрения. Это становится особенно важным, если вспомнить о том, что человек, находящийся на грани попытки самоубийства, противопоставляет себе весь окружающий мир, а если он рассказывает о своей боли и проблемах другому человеку это означает, что тоненькая ниточка, возникающая в результате присоединения между потенциальным самоубийцей и его собеседников становится прочнее, человек начинает доверять собеседнику, видит в нем реального союзника. Здесь крайне важно обладать навыками эмпатического слушания и удерживаться от того, чтобы давать советы, подсказывать варианты выхода из ситуации.

Этап «поворота на 180°». Основная задача этого этапа работы «повести» пострадавшего за собой; удивить и этим актуализировать ресурс, заставить его работать. Эта стадия крайне важна для благополучного завершения ситуации, ведь мало того, что у человека появился союзник. Этот союзник должен служить проводником от мира к пострадавшему, должен совершить переворот ситуации в которой оказался пострадавший и показать, что мир не враждебен по отношению к нему. Для этого вся ситуация должна предстать потерпевшему в совершенно другом виде, с другой стороны.

Этап «завершение ситуации». Дальнейшее оказание психолога – педагогической поддержки и медико – социальной помощи.

Правила ведения беседы с ребенком, вызывающим настороженность у педагогических работников

Разговоров на тему о самоубийстве может и не быть, но любой признак возможной опасности должен насторожить сотрудника, психолога, воспитателя или педагога. Надо быть начеку с ребенком или подростком, с которым ведется работа.

При необходимости можно поговорить с кем-нибудь (например, с коллегами по работе или психологом) о ваших опасениях. Возможность совершения кем-то из их воспитанников самоубийства всегда вызывает эмоциональный стресс, поэтому надо избавиться от собственных тревог и получить поддержку по этому вопросу.

При этом следует помнить – при общении с ребенком, который вызывает у педагога настороженность, не надо делать следующего:

- Не говорить: «Посмотри на все, ради чего ты должен жить».
- Не вдаваться в философские рассуждения, то есть не полемизировать о том, хорошо или плохо совершить самоубийство.
- Не пытаться применять противоречивые психологические приемы на ребенке, помышляющем о сам убийстве.
- Не оставлять там, где находится ребенок, собирающийся совершить самоубийство, предметы, с помощью которых оно возможно.

- Не пытаться выступать в роли судьи.
- Не думать, что ребенок ищет только внимания.
- Не оставлять ребенка одного.
- Не держать в секрете то, о чем вы думаете.

Исходя из вышеизложенного, педагоги и воспитатели, психологи и социальные педагоги, другие категории педагогических кадров, опираясь на элементарные знания о суицидальном поведении несовершеннолетних и способах его профилактики, могут выявить легко ранимых, готовых пойти на это детей, осознать то, что их беспокоит, определить уровень риска совершения самоубийства и использовать все необходимые ресурсы для его предотвращения.

Реакции консультанта, осложняющие процесс консультирования

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
1	ПАНИКА (Я не в силах помочь)	Панику следует преодолеть, поскольку клиенты ищут, с кем бы поговорить и доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну единственную связь обратившегося с остальным миром.
2	СТРАХ (Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?)	Страх может свидетельствовать о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; но каждый человек, в т.ч. и клиент, ответственен за сделанный им выбор, а консультант имеет реальную возможность помочь.
3	ФРУСТРАЦИЯ (Еще один длинный разговор, которого я не желал бы)	Фрустрация может возникнуть из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту.
4	ОБИДА (Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня)	Обида может проявляться в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез. Следует принять во внимание, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией.
5	ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ (Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его)	По сути, перед выбором на самом деле стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать ли помощь) нет.
6	БЕЗЫСХОДНОСТЬ (Эта ситуация безнадежна: как я могу его (ее) заставить желать жить?)	Безысходность возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем или ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение.

7	ОТРЕЧЕНИЕ (В такой ситуации я вел бы себя так же)	Свидетельствует о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.
---	---	--

Оказание ЭПП при попытке самоубийства



Литература

1. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. (электронный ресурс)
2. Ефимова О.И., Сероштанова Н.В., Березина В.А. Инновационный опыт работы по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях. – М.: АНО «ЦНПРО», 2015. – 100 с.
3. Как не допустить суицид у подростка. Центр социально-психологической адаптации и развития подростков «перекресток» / МГППУ, Москва 2012г.
4. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
5. Матафонова, Татьяна Юрьевна. Экстренная психологическая помощь в образовательных учреждениях учащимся с суицидальным поведением [Текст] : учебно-методическое пособие к программе повышения квалификации [18 часов] / Т. Ю. Матафонова ; Московский гор. психолого-пед. ун-т, Центр экстренной психологической помощи. - Москва: НИИ школьных технологий, 2013.
6. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. — 2-е изд., стер. — М.: Смысл, 2005.
7. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. N 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида»
8. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – СПб.: Речь, 2007 г.
9. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М., 2005.

Глоссарий

Акцентуация характера – чрезмерное усиление отдельных черт характера и их сочетаний, представляющие крайние варианты нормы. Акцентуация характеризуется тенденцией к социально-положительному и социально-отрицательному развитию в зависимости от воздействия среды и воспитания.

Аутоагрессивное поведение - действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью.

Базовые психологические потребности – это внутренние психологические ресурсы, необходимые для психологического роста, целостности и благополучия.

Кризис (от греч. krisis – решение, поворотный пункт, исход) – переломный момент, тяжелое переходное состояние, обострение, опасное неустойчивое состояние.

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

Суицидент – человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

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

Суицидальная попытка – это целенаправленное действия по лишению себя жизни, не закончившиеся смертью.

Суицидальные мысли - это мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении.

Суицидальные тенденции - более общее понятие, которое включает как суицидальные мысли, так и суицидальные побуждения, когда человек испытывает позывы к самоубийству

Суицидальные замыслы – активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации.

Суицидальный риск – склонность человека к совершению действий, направленных на собственное уничтожение.

Суицидальное покушение – это все суицидальные акты, не завершившиеся летальным исходом по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Удовлетворение базовых психологических потребностей является важным условием, определяющим оптимальное функционирование, здоровое развитие личности, а также приводит к повышению субъективного благополучия, снижению стресса и другим положительным изменениям.

Факторы риска суицида – внешние и внутренние параметры, с высокой вероятностью оказывающие влияние на формирование и реализацию суицидальных намерений.

Фрустрация — (от лат. frustratio обман, неудача), психологическое состояние, возникает в ситуации разочарования, неосуществления какой либо значимой для человека цели, потребности.

Эгрессия - это преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье.