

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра
Бюджетное учреждение «Междуреченский агропромышленный колледж»

О.А. Богданова

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ
ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ СТУДЕНТОВ,
СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ,
И ОКАЗАНИЮ ИМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ**

пгт. Междуреченский
2019 год

Автор-составитель:

Богданова Ольга Александровна, педагог-психолог БУ
«Междуреченский агропромышленный колледж»

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

Данное пособие адресовано педагогическим работникам образовательных организаций.

Рассмотрено и рекомендовано к изданию на заседании методического Совета колледжа (Протокол №7 от 27.05.2019г.)

СОДЕРЖАНИЕ

Пояснительная записка	4
1. Законодательное и нормативно-правовое регулирование профилактики суицидального поведения обучающихся	6
2. Основные понятия	8
3. Общие черты суицидального поведения	10
3.1 Факторы суицидального поведения в подростковом возрасте	11
3.2 Особенности суицидального поведения в разные возрастные периоды	14
3.3 Типы суицидального поведения	15
3.4 Динамика развития суицидального поведения	16
3.5 Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения	17
4. Диагностика суицидального поведения	19
4.1 Индикаторы суицидального риска	19
4.2 Индивидуальные особенности, провоцирующие суицидальное поведение	22
4.3 Оценка суицидального риска	23
5. Оказание психолого-педагогической помощи подростку, находящемуся в кризисной ситуации	25
5.1 Особенности общения педагогов с подростками, демонстрирующими признаки суицидального поведения	25
5.2 Взаимодействие педагога с подростком, имеющим суицидальные намерения	25
5.3 Требования к проведению беседы с подростком, размышляющим о суициде (Эрл Гроллман)	27
5.4 Действия педагога в случае суицидальной попытки и суицида	28
5.5 Правила для работы с подростками, друг или подруга которых совершили самоубийство (Эрл Гроллман)	29
6. Психологическая поддержка подростка в семье	31
7. Организация межведомственного взаимодействия	34
7.1 Когда и куда надо обращаться за консультацией специалистов?	34
7.2 Алгоритм действий педагогов по выявлению и работе с обучающимися, склонным к суицидальному поведению	35
7.3 Полезные ссылки и ресурсы	37
Список литературы	38

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

В последнее время в образовательном процессе большое внимание уделяется сохранению психического здоровья студентов, индивидуализации образовательных маршрутов, созданию психологически безопасной и комфортной среды. С введением ФГОС изменился социальный заказ - на государственном уровне признана задача развития ребенка в качестве основного результата и основной ценности образовательных воздействий. Одним из условий успешного развития обучающихся является ранняя профилактика социальной дезадаптации, в том числе суицидального поведения.

В последнее время уверенно набирает обороты проблема подросткового суицида. Основные причины самоубийства в столь раннем возрасте - это неудачные попытки справиться с навалившимися проблемами в учебном заведении и семье. Родители часто не понимают своих детей, навязывают им свое мнение. Своими действиями они оказывают серьезное эмоциональное давление на еще несформировавшуюся психику ребенка, заставляя его решать свои проблемы самостоятельно, часто не пытаясь выискнуть в ситуацию и попытаться помочь.

Как считают многие родители, ребенок может убить себя из-за так называемых закрытых «групп смерти» в социальных сетях. На них приходится лишь 1% от общего числа смертей. Но ведь с каждым годом это число увеличивается из-за стремительного развития технологий и все большего продвижения интернета в нашу жизнь.

По данным нового исследования, проведенного Центром по контролю заболеваний (CDC), самоубийство является второй по значимости причиной смерти людей в возрасте от 15 до 34 лет. В докладе выявлено увеличение количества самоубийств почти в каждой стране с 1999 по 2018 год.

В Югре за первую половину 2018 года увеличилось количество самоубийств среди подростков по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Об этом сообщила губернатор округа Наталья Комарова на заседании постоянно действующего координационного совета по обеспечению правопорядка в Югре. Также в докладе Наталья Владимировна отметила, что в работе с подростками необходимо «сделать акцент на выявление детей, склонных к совершению самоубийства».

Образовательные организации являются наиболее эффективными площадками для выявления обучающихся группы риска, так как педагоги как лица, имеющие наиболее частый и тесный контакт с ними, обладают уникальным ресурсом для решения отдельных задач первичной профилактики суицидального поведения студентов, своевременного выявления несовершеннолетних и семей, находящихся в социально опасном положении, студентов в трудной жизненной ситуации.

Поэтому профилактику суицидального поведения в учреждениях образования необходимо строить в направлении повышения общей психолого-педагогической компетентности взрослых: родителей и педагогов.

1. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

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

1. Конституция Российской Федерации (*ст. 20 устанавливается общеконституциональное право любого человека на жизнь*).

2. Федеральный Закон Российской Федерации от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». *В соответствии со ст. 14 на образовательные учреждения возложена обязанность оказывать социально-психологическую и педагогическую помощь несовершеннолетним, имеющим отклонения в развитии или поведении, выявлять подростков и семьи, находящиеся в социально-опасном положении. Органы образования должны незамедлительно сообщить в комиссию, инспектору по делам несовершеннолетних, органы прокуратуры о фактах семейного неблагополучия, ненадлежащего исполнения родителями своих обязанностей (ст. 9).*

3. Федеральный Закон Российской Федерации от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию». *Закон четко определяет информационную продукцию, недопустимую для детской аудитории, и регламентирует проведение экспертизы информационной продукции.*

4. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ. *Статья 41 регламентирует обеспечение безопасности обучающихся и профилактику несчастных случаев во время их пребывания в образовательной организации. Организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают: проведение профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.*

5. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. №1351. *В Концепции предусмотрено сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы.*

6. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 г. №761. *В числе мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков указана разработка системы первоочередных мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку*

психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организацию проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка.

7. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида». В соответствии с Письмом 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; дети, имеющие школьные трудности; дети с социально-педагогической запущенностью и отклоняющимся поведением; дети из неблагополучных семей; дети с особыми образовательными потребностями; группы обучающихся 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.

8. Ведомственные документы по профилактике суицидального поведения:

– Информационное письмо Минобрнауки России от 26.01.2000 г. №22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков»;

– Информационное письмо Минобрнауки России от 29.05.2003 г. № 03-51-102ии/22-03 «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков»;

– Письмо Рособрнадзора от 20.09.2004 г. №01-130/07-01 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков».

9. Распоряжение Правительства ХМАО-Югры от 07.10.2011 №561-рп «О плане мероприятий по снижению смертности детей от внешних причин в ХМАО-Югре».

2. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

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.

К суицидальным покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Суицидальная попытка – это целенаправленное действия по лишению себя жизни, не закончившиеся смертью. Однако, вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К суицидальным проявлениям относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

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.

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

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

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. Акцентуированные личности наиболее подвержены суицидальному поведению.

Аутоагрессивное поведение - действия, направленные на нанесение

какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью.

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

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

3. ОБЩИЕ ЧЕРТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Несмотря на разнообразие форм проявления и методов реализации суицидального поведения, можно выделить нечто, объединяющее все самоубийства. Э. Шнейдман так описывает их общие черты.

1. Общей целью всех самоубийств является поиск решения. Суицид не является случайным действием. Его никогда не предпринимают бессмысленно или бесцельно. Он служит выходом из затруднений, кризиса или невыносимой ситуации. Ему свойственны непогрешимая логика и целесообразность. Он предпринимается в качестве единственно доступного ответа на труднейшую задачу: как можно выбраться, что делать? Таким образом, каждый суицид имеет целью найти решение стоящей перед человеком и вызывающей интенсивные страдания проблемы. Чтобы понять причину самоубийства, нужно узнать, какие проблемы оно должно было решить.

2. Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности. Суицид следует понимать не как бессмысленный и необоснованный поступок, а как реакцию на фрустрированные (неудовлетворённые) психологические потребности человека. Прежде всего, суицид совершается из-за нереализованных потребностей. Удовлетворите фрустрированные потребности - и суицид не возникнет.

3. Общей суицидальной эмоцией является беспомощность - безнадежность. В суицидальном состоянии возникает чувство беспомощности - безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)». Эта эмоция проявляется в смятении и тревоге. Как показывает опыт, на человека в состоянии душевного смятения бесполезно воздействовать путем увещаний, разъяснительных бесед, порицания, оказания давления или каким-нибудь аналогичным способом. Наиболее эффективным путем снижения интенсивности суицидальных намерений является не прямое воздействие посредством уменьшения эмоционального напряжения. Отсюда целью вмешательства является снижение давления, оказываемого на человека реальными жизненными обстоятельствами и вызывающего у него эмоциональное напряжение.

4. Общим внутренним отношением к суициду является амбивалентность. Для самоубийства типично состояние, когда человек одновременно пытается перерезать себе горло и взывает о помощи. При этом оба стремления являются искренними, непритворными. Амбивалентность наиболее характерна для отношения к суициду. Человек одновременно чувствует потребность совершить его и желает (и даже планирует) спасения и вмешательства других. Педагог должен использовать такую амбивалентность, чтобы спасти человека.

5. Общим состоянием психики является сужение когнитивной сферы.

6. Точнее его можно охарактеризовать как преходящее аффективное и интеллектуальное сужение сознания с ограничением использования возможностей. Синонимом сужения является «туннельность», то есть резкое ограничение вариантов выбора поведения, доступных для сознания данного индивида.

7. Общим действием при суициде является агрессия (бегство). Бегство отражает намерение человека удалиться из зоны бедствия. Вариантами бегства являются, например, уход из дома или семьи. Суицид в данном ряду означает предельное, окончательное бегство. Следует различать безобидное желание уйти и потребность покончить со всем, уйти навсегда. Смысл самоубийства состоит в радикальной и окончательной смене декораций. Действием, приводящим к этому, и является «уход».

8. Общим коммуникативным актом при суициде является сообщение о своем намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, вследствие амбивалентного к нему отношения сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, ищут возможности спасения. Общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость, разрушение и даже не отход от других людей внутрь себя, а сообщение о своих суицидальных намерениях.

9. Общей закономерностью суицида является соответствие суицидального поведения общему стилю поведения в течение жизни. Суицидальному поведению можно найти глубокие соответствия в стиле и характере поведения данного человека в течение его жизни. Личность самоубийц имеет определенное своеобразие – это импульсивность, психологическая незрелость или, иначе говоря, инфантилизм, эмоциональная неустойчивость, бескомпромиссность, ограниченность мышления при выборе вариантов решения сложившейся проблемы.

3.1 Факторы суицидального поведения в подростковом возрасте

Риск суицида у подростков провоцируется рядом факторов:

1. Детство, проходящее в неблагополучных семьях: тяжелый психологический климат в семье, ранняя утрата родителей (особенно в результате самоубийства), конфликты родителей, алкоголизм. Беспризорность, заброшенность подростка, отсутствие опоры на значимого близкого и уважаемого взрослого, который мог бы заниматься ребенком.

2. Детство, проходящее в психологически разрушенных семьях: отвержение в семье, назойливая опека, жестокость и требовательность без ласки, критичность к любым проявлениям подростка, морализаторство. Особую опасность представляют скрытые, непроявленные и внешне бесконфликтные ситуации: неадекватные стили воспитания и обращения с ребенком; ненормальное подавление самостоятельности, несвобода; беско-

нечное морализаторство, поучения; несправедливые наказания и ограничения. Также актуальна проблема насилия над ребенком и жестокость по отношению к нему.

3. Отсутствие у подростка друзей, отвержение в учебной группе. Отверженные дети занимают низшие ступени в статусной иерархии группы, часто подвергаются насмешкам, физическому и психическому насилию.

4. Психофизиологическая неустойчивость на фоне трудно протекающего пубертата. Признаки тяжелого течения пубертата: ранний старт, морфологические дисгармонии и аномальности развития организма, психическая устойчивость и развитие акцентуаций характера. Исследования показывают, что к суициду более склонны подростки со следующими акцентуациями характера: эмотивный, тревожный, демонстративный, педантичный типы (классификация К. Леонгарда).

5. Личностные особенности подростка: напряженность, неумение найти выход из ситуации, импульсивность, низкий самоконтроль, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта. Суицидальная готовность выше у подростков с пониженным фоном настроения, неудовлетворенности их запросов, с признаками невозможности самовыражения, неудачами в учебе и межличностных отношениях.

По данным исследователей (О.А. Нор-Аревян) на первом месте из проблем, характерных для подростков и молодежи с суицидальным поведением, находятся отношения с родителями. Примерно в 70 % случаев эти проблемы непосредственно связаны с суицидом, на втором месте - трудности, связанные со учебным заведением, на третьем - проблемы взаимоотношений с друзьями, в основном противоположного пола». Суициды из-за неразделенной любви у подростков до 16 лет составляют практически половину от общего числа самоубийств, а после 25 лет по этой причине кончают с собой гораздо реже.

Многие попытки суицида у молодых рассматриваются психологами как отчаянный призыв о помощи, как последняя попытка привлечь внимание родителей к своим проблемам, пробить стену непонимания между младшим и старшим поколениями.

В подростковом возрасте часто возникает сильная эмоциональная привязанность к другому человеку. «И разрыв отношений воспринимается как фатальный, выход из которого один – самоубийство. При этом иногда, при отсутствии поддержки близких и окружающих, происходит «ситуативные самоубийства» - импульсивные, неподготовленные и собственно несвязанные с осознанным намерением лишить себя жизни» (О.А. Нор-Аревян).

«Среди мотивов, объясняющих попытки самоубийства, сами подростки и эксперты-психологи указывают на различные способы таким образом оказать влияние на других людей: «дать понять человеку, в каком ты отчаянии» - около 40 % случаев, «заставить сожалеть человека, который плохо с тобой обращался» - около 30 % случаев, «показать, как ты любишь

другого» и «выяснить, любит ли тебя действительно другой» - 25%, «повлиять на другого, чтобы он изменил свое решение» - 25 %, и наконец в 18 % случаев «призыв, чтобы пришла помощь от другого» (О.А. Нор-Аревян).

В силу возраста подростки предоставлены самим себе, и строят жизнь, как могут и умеют. Без поддержки родителей, а то и при их противодействии, возникают проблемы, кажущиеся молодому человеку неразрешимыми.

Большое значение в подростковом возрасте имеет механизм психологического заражения. Ведущий специалист в области массового сознания и социального влияния Р. Чалдини убедительно показал, что при сообщениях в СМИ о случаях суицидов и любых обсуждениях темы самоубийства у многих людей (до 10 %) включается некий механизм, результатом работы которого становится резкий рост количества собственно суицидов, а также неосторожного поведения, приводящего к несчастным случаям с летальным исходом.

Явление подобного психологического заражения наблюдалось во все времена и во всех культурах. С конца XIX века оно получило название «синдрома Вертера» после череды массовых самоубийств читателей книги Гете, которая по данной причине была запрещена.

Некоторые авторы (Чомарян) большое внимание при определении факторов суицидального риска у подростков придают подражательным тенденциям, свойственным этому возрасту.

Г.В. Старшенбаум (2005) выделяет четыре главных фактора, предрасполагающих к истинному суициду в подростковом возрасте:

1. Насилие, особенно сексуального характера.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство.
3. Депрессия.
4. Дисморфофобия (глубокая озабоченность мнимыми или незначительными недостатками собственной внешности, отталкивающих окружающих).

Таким образом, в основе самоубийства чаще всего лежит стремление убежать от болезненного эмоционального состояния и мучительного самосознания. Подкрепляют попытку уйти из жизни высокие стандарты и ожидания, которые накладываются на текущие проблемы, неудачи, препятствия или стресс.

Самоубийство – последний шаг в аутодеструктивном поведении. Оно занимает особое положение в соотношении культурной нормы и психического здоровья. Самоубийство может быть совершено как акт самопожертвования, как долг чести, как ритуальное действие, как бегство от себя. Личность подростка в процессе взросления сталкивается со множеством проблем, которые могут явиться причиной такого «последнего шага». Почему тогда большинство подростков справляется с возникающими проблемами, а часть студентов в качестве решения избирает уход из жизни. Ответ на данный вопрос имеет свою специфику в соответствии с возрастом суицидента.

3.2 Особенности суицидального поведения в разные возрастные периоды

Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, то есть связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания.

Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других. Нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например, прогулами занятий или конфликтами. Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния.

Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем в подростковом возрасте. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь немногие из них достигают своей цели. Это связано с тем, что суицидальное поведение в этом возрасте носит чаще всего демонстративный характер (демонстративный суицид, по данным А.Е. Личко, составляет около 90 % от всех суицидов).

Истинный суицид встречается редко (около 10 %) и совершается на фоне острой аффективной реакции. По мнению Л. Я. Жезловой, в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном – «сексуальные» и «любовные». Наиболее часто в подростковом возрасте встречается скрытый суицид или косвенное самоубийство, которое не отвечает признакам истинного суицида в строгом смысле, но имеет ту же направленность и результат. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие подростки выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение (аддиктивное, делинквентное и криминогенное).

В ранней юности, как считает И. Кон, вопрос о смысле жизни встает не как итог, а как предвосхищение будущей жизни в очень общей, нерасчлененной форме. Собственное «Я» сопоставляется с безграничным миром, а ответы требуются абсолютно универсальные. Но может ли быть универсальный ответ на столь индивидуальный вопрос? По мнению Братуся Б. С., речь идет о чисто словесных, вербальных ответах, которые даются в результате сложной и специфической деятельности оценивания своей жизни, в результате решения сложной «задачи на смысл» (Леонтьев А. И.).

Значимость подобной деятельности прослеживается в статистических данных, приведенных Франклом В. и полученных при изучении группы подростков, у которых были попытки суицида: 85 % из них не видели в своей жизни смысла, при этом подавляющее большинство (93 %) оказались физически и психически здоровыми, жили в хороших материальных условиях, в полном согласии со своей семьей, активно участвовали в

общественной жизни и имели все основания быть довольными своими академическими успехами. Тезис о том, что, если у человека есть основание для жизни, он вынесет почти любые ее условия, стал стержнем концепции Франкла.

Суицидальные действия у подростков часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения: попыткам разрешить трудную жизненную ситуацию непригодными, неадекватными способами.

Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в разных сферах отношений: бытовых, учебных, личных. Конфликт представляется подростку крайне значимым. Возрастной фактор оказывается действующим при распознавании суицидоопасных групп (Лекомцев, Панченко, 2002) (таб. 1).

Таблица 1 – Суицидоопасные группы

I группа	II группа	III группа	IV группа
Суициденты, перенесшие в раннем детском возрасте травмы черепа или мозговые инфекции с дальнейшей хорошей компенсацией состояния (возрастные кризисы, при сомато- и психогениях).	Дети и подростки с различными формами дисгармоничного развития - с бурными проявлениями акселерации, чертами инфантилизма, патологическим течением возрастных кризисов.	Подростки с девиантным поведением (в неблагоприятных условиях среды).	Подростки, отличающиеся высоконравственными устоями с тенденциями к идеализации чувственных и сексуальных отношений.

3.3 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 лишиться 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.

3.4 Динамика развития суицидального поведения

Самоубийство - слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему 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). 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. По данным исследований самоубийств среди подростков аналогичные высказывания имели место в 75 % случаев попыток самоубийств. 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 человеку относятся с повышенным вниманием и заботой. В этот период маловероятно повторение суицидальных действий. По истечении трех месяцев окружающие, видя, что человек внешне спокоен, не высказывает мыслей о суициде и не пытается повторить попытку, перестают внимательно относиться к нему и уделять ему должное внимание, начинают вести привычный для них образ жизни, т.к. считают, что он преодолел кризис и с ним все в порядке. Но, если ситуация, приведшая человека к суицидальному действию не была проработана совместно со взрослыми, подросток все еще находится под угрозой совершения повторной суицидальной попытки. И в тот момент, когда взрослые перестают волноваться за его состояние, как отмечает ряд исследователей, и совершаются повторные попытки суицида. Поэтому необходимо на протяжении длительного времени наблюдать за подростком, оказывать ему поддержку, беседовать с ним и проводить иные профилактические действия.

3.5 Факторы, препятствующие возникновению суицидального поведения

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 человек, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

4. ДИАГНОСТИКА 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 друзьями, в группе, интересы. 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.).

4.1 Индикаторы суицидального риска

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, раздавание личных вещей);
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно –отделяющие от близких;
- склонность к необдуманно рискованным поступкам;

- посещение врача без очевидной необходимости;
- нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе;
- 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.

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессивным расстройством, необходимо обращать внимание на его типичные симптомы:

- сниженное настроение более 2 недель, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;
- вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;
- снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше подростку нравилась;
- поглощенность темой смерти;
- постоянная скука;
- социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;
- пропуск колледжа и снижение успеваемости за определенный период;
- деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;
- чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;
- повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалу и награды;
- повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
- значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита).

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков

указывает на то, что у подростка может быть депрессия и ему нужна помощь врача-психиатра.

4.2 Индивидуальные особенности, провоцирующие суицидальное поведение

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность аутоагрессивного поведения велика при следующих типах акцентуации характера (Личко):

- Циклоидный тип. Суицидальные действия обычно совершаются в субдепрессивной фазе на высоте аффекта. Провоцирует суицид публично нанесенная обида, унижение, цепь неудач, что наталкивает подростка на мысли о собственной никчемности, ненужности, неполноценности.

- Для людей с *шизоидной акцентуацией* в состоянии депрессии характерно применение допингов.

- Подросток с *эпилептоидной (неустойчивой) акцентуацией*, на фоне аффекта, может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего наносят порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений. Опыянения, нередко, протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Участники азартных игр. Максимум среди наркоманов и токсикоманов. Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий. Склонность к неустойчивому поведению часто указывается как один из признаков суицидального поведения.

- *Психастенические подростки (педантичные*, по классификации К. Леонгарда) в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса.

- Подростки, предпочитающие *демонстративное (истероидное)* поведение, обращающее на себя внимание окружающих людей, могут успешно реализовывать свои внутренние тенденции в творчестве (театр, танцы, команда КВН), где им предоставляется легальная возможность быть на виду. Склонность к демонстративному поведению часто указывается как один из признаков суицидального поведения. Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам.

- Депрессия у *гипертимного* подростка проявляется в склонности к риску, пренебрежение опасностью.

- У *эмоционально-лабильных* подростков суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении «что-то с собой сделать». Другим фактором может служить

желание «забыться». Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.

– *Сенситивные* подростки страдают от чувства собственной неполноценности - реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией.

– *Конформный* подросток может совершить суицид за компанию.

4.3 Оценка суицидального риска

Признаки высокого суицидального риска.

1. Существует конкретный детализированный план.

2. В данный момент имеется все необходимое для его реализации.

3. Выбранный способ самоубийства обладает высокой степенью летальности — чем более травматичен способ, тем серьезнее суицидальный риск, например, падение с высоты, бросок под поезд или автомобиль, использование огнестрельного оружия.

4. Выполнена вся подготовительная работа (розданы вещи, написана предсмертная записка).

Дополнительные критерии для оценки суицидального риска:

1. Пол: мальчики чаще кончают с собой, хотя девочки чаще пытаются это сделать.

2. Возраст — к группам высокого риска относятся подростки.

3. Наличие ключевого стрессора (психотравмирующего события).

Полезно задать вопрос: “Почему ты хочешь это сделать именно сейчас?”
Дополнительные стрессоры: реальная или кажущаяся потеря, угроза наказания, большая физическая или интеллектуальная нагрузка.

4. Наличие изменений в поведении — к кризисной симптоматике относятся: депрессия, чувство безнадежности и беспомощности, тревожность, апатия, разочарование, ярость, гнев, ожесточение.

5. Изоляция — эмоциональная и (или) физическая (необходимо выяснить, есть ли у подростка кто-нибудь, кто может ослабить ощущение одиночества).

6. Безразличие внешнего социального окружения — если значимые другие знают о возможности суицида, но не предпринимают никаких усилий для его предотвращения (не вникают в личные обстоятельства, не верят заявлениям о намерении покончить с собой), риск является чрезвычайно высоким.

Для подростков, склонных к самоубийству, характерны: высокая внушаемость и стремление к подражанию. Поэтому, когда случается одно самоубийство, оно становится сигналом к действию для других, предрасположенных к этому подростков. Иногда небольшие группы ребят даже объединялись с целью создания некой субкультуры самоубийств («эпидемии самоубийств среди подростков»).

Каждая оценка суицидального поведения должна включать в себя следующее:

1. Проверку имеющих отношение к суициду факторов риска.
2. Историю проявлений суицидального поведения.
3. Неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия, или состояния здоровья.
4. Степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности.
5. Внезапные сильные факторы стресса.
6. Уровень импульсивности и самоконтроля.
7. Сведения о других сдерживающих факторах.
8. Защитные факторы.

Таблица 2 – Примерная шкала оценки суицидального риска:

Отсутствует	Незначительный	Умеренный	Высокий
Не существует риска нанесения себе вреда	Суицидальные идеи ограничены, нет твёрдых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство неочевидно, но суицидальные мысли присутствуют. У индивидуума нет определённых планов и не было попыток самоубийства в прошлом.	На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных 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 чёткого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, своё текущее эмоциональное состояние и психологический статус.	Чёткие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки суицида в прошлом, наличие двух и более факторов риска. Суицидальные попытки и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жестокость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку.

5. ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКУ, НАХОДЯЩЕМУСЯ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ

5.1 Особенности общения педагогов с подростками, демонстрирующими признаки суицидального поведения

В связи с описанными выше особенностями поведения подростков, демонстрирующих признаки суицидального поведения, желательно использовать определенные правила общения с данной категорией.

1. Взрослые люди обязаны иметь в виду, что суицид у подростков является в большинстве случаев следствием невнимания к ним, отсутствия элементарных знаний психологии данного возраста. Необходимо помнить, что при наличии у подростка кризисных явлений он всегда нуждается в участии. Только в этом случае возможно предотвратить как импульсивные действия с трагическими последствиями, так и неблагоприятное развитие длительной конфликтной ситуации.

2. Следует учитывать характер социальных факторов, прежде всего на уровне окружающей подростка микросреды, наличие душевного заболевания (если оно не диагностировано, могут обращать на себя внимание странности настроения, поведения), возвышенная романтичность натуры подростка (что может послужить основой для возникновения психотравмирующей ситуации при соприкосновении с реалиями жизни).

3. Необходимо реагировать на рассуждения на тему самоубийства, его способах, резкие переходы настроения от угрюмо- мрачного, озлобленного до необычайно радостного, благостного, особенно на фоне бессонницы, анорексии, утомляемости, вегетативных нарушений.

4. При высказывании подростком суицидальных мыслей, намерений, наличии действий в этом направлении, взрослые обязаны:

- обеспечить постоянное наблюдение за ребенком, сделать недоступными для него предметы и вещества (например, лекарства), с помощью которых он может осуществить свой суицидальный замысел до тех пор, пока врач – психиатр не даст свои рекомендации;
- успокоить подростка беседой и (по согласованию с медиком) с помощью лекарств дать возможность ему выговориться (катарсис);
- организовать обследование у врача- психиатра в психиатрическом диспансере по месту жительства.

5.2 Взаимодействие педагога с подростком, имеющим суицидальные намерения

Взрослому, работающему с подростком, в поведении которого прослеживаются суицидальные намерения, следует помнить о ранимости и

отчаянии, царящем в его душе, всерьез принимать его проблемы. При этом в беседе будет **ошибочно**:

- стыдить и ругать подростка за его намерения. Следует подбирать ключ к загадке суицида, помочь разобраться в причинах;
- недооценивать вероятность суицида, даже если подросток внешне легко обсуждает свои намерения. Необходимо оценивать степень риска суицида, используя критерии и шкалы риска, приведенные в приложении;
- относиться к подростку формально. Он должен почувствовать, что его принимают как личность и его жизнь кому-то небезразлична;
- предлагать неоправданные утешения, общие слова, банальные решения, не учитывающие конкретную жизненную ситуацию;
- оставлять подростка одного в ситуации риска. Если есть такая возможность, нужно привлечь родных и близких, друзей;
- чрезмерно контролировать и ограничивать подростка, главное – дружеская поддержка и опора, которые помогут ему справиться с возникшими затруднениями.

Что делать педагогу, если он обнаружил опасность?

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

2. Обратитесь к психологу или к другим специалистам за помощью.

3. Если вы куратор, свяжитесь с родителями подростка и поделитесь своими наблюдениями.

4. Что может сделать педагог, чтобы не допустить попыток суицида?

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

6. Способствовать созданию дружеской поддерживающей атмосферы в группе, ориентировать студентов на совместную деятельность и сотрудничество.

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

8. Если вы куратор, инициируйте работу психолога с группой.

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

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

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

12. Вовремя обратиться к специалисту, если вы понимаете, что у вас по каким-то причинам не получается сохранить контакт с обучающимся или группой.

5.3 Требования к проведению беседы с подростком, размышляющим о суициде (Эрл Гроллман)

Для начала автор рекомендует не просто принять суицидента как личность, способную на самоубийство, но и признать за человеком формальное право совершить такой шаг. А во время самого диалога взрослому рекомендуется:

- внимательно слушать собеседника, так как подростки очень часто страдают от одиночества и невозможности излить перед кем-то свою душу;
- правильно формулировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации и о том, какая помощь необходима;
- не выражать удивления от услышанного и не осуждать подростка за любые, самые шокирующие высказывания;
- не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, ему живется лучше других, поскольку высказывания типа «у всех есть такие же проблемы» заставляют подростка ощущать себя еще более ненужным и бесполезным;
- постараться изменить романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти;

- не предлагать неоправданных утешений, поскольку подростки зачастую не способны принять советы, но подчеркнуть временный характер проблемы;
- привести конструктивные способы ее решения;
- одновременно стремиться вселить в подростка надежду, которая, однако, должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей.

Общие рекомендации по ведению беседы с потенциальным суицидентом

Не пренебрегать суицидальными высказываниями – лучше перестраховаться.

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой подростка.

2. Задавайте вопросы в прямой, искренней и спокойной манере, используйте технику активного слушания.

3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у подростка:

- суицидальный план;
- время и место исполнения;
- суицидальные мысли и попытки в прошлом;
- как он сам оценивает вероятность своего суицида?

Помните, что чем более обстоятельно разработан план, тем больше риск.

4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений. Не принуждайте подростка говорить о них, если это слишком болезненно. Однако попытайтесь ненавязчиво вернуться к этой теме еще и еще раз (всякий раз сворачивая ее при нежелании собеседника ее развивать).

5. Побудите его высказать свои чувства в связи с проблемой.

6. Спросите: приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос может подтолкнуть подростка к мысли, что, возможно, главная его проблема заключается в социальной (само)изоляции.

7. Будьте готовы к тому, что вы будете вовлечены (возможно, на длительное время) в работу по психологической поддержке и социальной адаптации подростка.

5.4 Действия педагога в случае суицидальной попытки и суицида

В случае незавершенного суицида рекомендуется индивидуальная работа специалистов – психиатра, психотерапевта, психолога – с самим суицидентом и с его семьей. В подростковой среде, где произошел подобный

случай, педагог, пользующийся уважением и доверием ребят, должен добиться развенчания романтического ореола вокруг суицидента. Подростки часто романтизируют образ человека, способного к суицидальному поведению. По их мнению, попытка самоубийства свидетельствует о силе чувств, силе воли, характера, смелости. Поэтому со студентами следует говорить о необратимости факта смерти, подводить их к мысли о том, что психически здоровый, благополучный, сильный, ответственный человек никогда так не поступит. Подобный поступок свидетельствует о слабости, эгоизме, безответственности, неумении решать проблемы, нарушениях психического здоровья.

В случае завершенного суицида необходима групповая работа с подростками ближайшего окружения самоубийцы, направленная на регулирование чувств и обсуждение поисков других возможных выходов из возникшей кризисной ситуации.

5.5 Правила для работы с подростками, друг или подруга которых совершили самоубийство (Эрл Гроллман)

1. Избегать сказок и полуправды. Одна из самых серьезных проблем молодежи состоит в отсутствии у них знаний о суицидах из-за стремления взрослых к сохранению тайны в интересах подростков. Между тем искажение реальности способно на долгий срок закрепить у подростка, находящегося в депрессии из-за случившегося, состояние подавленности. Поэтому необходимо в доступной форме предоставить студентам простые и ясные сведения о суициде с учетом их возраста и уровня развития. Очень важно, чтобы друзья самоубийцы услышали об обстоятельствах смерти от педагогов, а не от приятелей, соседей или из прессы.

2. Говорить с ребенком об умершем, давая высказаться ему самому и вспоминая не только о произошедшей трагедии, но и о счастливом времени и моментах, проведенных с ушедшим. Однако обсуждение интимных причин и поводов суицида следует проводить избирательно.

3. Давать возможность показать горе, выплеснуть эмоции. Гнев, отчаяние, протест свойственны не только взрослым, но и детям, которые имеют право на открытое проявление чувств. Вместе с тем необходимо обращать особое внимание на возникающее у подростков ощущение вины, уверяя их в непричастности к самоубийству и в том, что они сделали все возможное для его предотвращения.

4. Преодолевать фаталистические настроения, обсуждая конструктивные пути преодоления возможных конфликтов. Важно убедить подростка, что суицид является недостойным способом выхода из затруднительного положения, ибо как бы ни были мрачны тучи, потом обязательно выглянет солнце. Или самая ужасная зубная боль проходит, стоит только немного потерпеть.

5. Помочь подростку принять решение вновь начать жизнь. Выход из депрессии и реабилитация не происходит после одной встречи, 1–2 дней или ночей, поэтому важно продолжать работу с друзьями суицидента на протяжении всего срока, пока они нуждаются в помощи, поддерживая в них надежду на облегчение в будущем.

6. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПОДРОСТКА В СЕМЬЕ

(Печатается по материалам «Психическое здоровье студентов и подростков в контексте психологической службы. Руководство практического психолога». Под редакцией И.В. Дубровиной. - М., 1997.)

Родительская поддержка - это процесс:

- в ходе которого родитель сосредотачивается на достоинствах подростка с целью укрепления его самооценки;
- который помогает подростку поверить в себя и в свои способности;
- который помогает подростку избежать ошибок;
- который поддерживает подростка при неудачах.

Для того чтобы научиться поддерживать подростка, родителям, возможно, придется изменить привычный стиль общения и взаимодействия с ним.

Поддерживать подростка - значит, верить в него. Поддержка основана на вере в прирожденную способность личности преодолевать жизненные трудности при поддержке тех, кого она считает значимыми для себя.

Для того чтобы проявить веру в подростка, родитель должен иметь мужество и желание сделать следующее:

1. забыть о прошлых неудачах;
2. помочь подростку обрести уверенность в том, что он справится с данной задачей;
3. позволить подростку начать «с нуля», опираясь на то, что родитель верит в него, в его способность достичь успеха;
4. помнить о прошлых удачах и возвращаться к ним, а не к ошибкам.

Очень важно позаботиться о том, чтобы создать подростку ситуацию с гарантированным успехом. Успех порождает успех и усиливает уверенность в своих силах, как у подростка, так и у родителя.

Итак, для того, чтобы поддержать подростка, необходимо:

1. Опирайтесь на сильные стороны подростка.
2. Избегать подчеркивания промахов подростка.
3. Показывать, что Вы удовлетворены ребенком.
4. Уметь и хотеть демонстрировать любовь к подростку.
5. Уметь помочь подростку разбить большие задания на более мелкие, такие, с которыми он может справиться.
6. Внести юмор во взаимоотношения с ребенком.
7. Проводить больше времени с ребенком.
8. Знать обо всех попытках подростка справиться с заданием.
9. Уметь взаимодействовать с ребенком.
10. Позволить подростку самому решать проблемы там, где это возможно.
11. Избегать дисциплинарных поощрений и наказаний.
12. Принимать индивидуальность подростка.
13. Проявлять сопереживание и веру в Вашего подростка.

Демонстрировать оптимизм.

Существуют слова, которые поддерживают подростка, и слова, которые разрушают его веру в себя. Например, *слова поддержки*:

1. Зная тебя, я уверен, что ты все сделаешь хорошо.
2. Ты делаешь это очень хорошо.
3. У тебя есть некоторые соображения по этому поводу. Готов ли ты начать?
4. Это серьезный вызов, но я уверен, что ты готов к нему.

Слова разочарования:

1. Зная тебя и твои способности, я думаю, ты смог бы сделать это гораздо лучше.
2. Ты мог бы сделать это намного лучше.
3. Эта идея никогда не сможет быть реализована.
4. Это для тебя слишком трудно, поэтому я сам это сделаю.

Поддерживать можно посредством:

1. отдельных слов («красиво», «аккуратно», «прекрасно», «здорово», «вперёд»);
2. высказываний («Я горжусь тобой», «Мне нравится, как ты работаешь», «Это действительно прогресс», «Я рад твоей помощи», «Спасибо», «Все идёт хорошо», «Хорошо. Я благодарю тебя», «Я рад, что ты в этом участвовал», «Я рад, что ты попробовал это сделать, хотя всё получилось вовсе не так, как ты ожидал»);
3. прикосновений (потрепать по плечу; дотронуться до руки; мягко поднять подбородок подростка; приблизить свое лицо к его лицу; обнять его);
4. совместных действий, физического соучастия (сидеть, стоять рядом с ребенком; мягко вести его; играть с ним; слушать его; есть вместе с ним);
5. выражения лица (улыбка, подмигивание, кивок, смех).

Подлинная поддержка родителями своего подростка должна основываться на подчеркивании его способностей, возможностей, его положительных сторон.

Важно, чтобы родитель научился принимать подростка таким, какой он есть, включая все его достижения и промахи, а в общении с ним учитывать значение таких вещей, как тон, жесты, выражения и т.п.

Что может сделать родитель с целью профилактики суицидального поведения:

- быть внимательным к своему ребёнку (не важно, сколько ему лет);
- уметь показывать свою любовь к нему;
- откровенно разговаривать с ним;
- уметь слушать подростка;
- не бояться прямо спросить о самоубийстве;
- не оставлять подростка один на один с проблемой;

- предлагать конструктивные подходы к решению проблемы;
- вселять надежду, что любая ситуация может разрешиться конструктивно;

- привлекать к оказанию поддержки значимых для подростка лиц;
- обратиться за помощью к специалистам.

Чего нельзя делать родителям:

- нельзя читать нотации;
- игнорировать человека, его желание получить внимание;
- не говорить: «Разве это проблема?», «Ты живешь лучше других»;
- не спорить;
- не предлагать неоправданных утешений;
- не смеяться над подростком.

Что должны делать внимательные и любящие родители:

- показывать подростку, что его любите;
- чаще обнимать и целовать;
- поддерживать в сложных ситуациях;
- учить способам разрешения жизненных ситуаций;
- вселять уверенность в себе;
- помогать подростку проявить свои переживания через игры, рисунки, лепку, увлечения.

Подросток должен слышать от родителей следующие слова:

- Ты самый любимый!
- Ты очень много можешь!
- Спасибо!
- Что бы мы без тебя делали!
- Иди ко мне!
- Садись с нами!
- Расскажи мне, что с тобой? -Я помогу тебе...
- Я радуюсь твоим успехам!
- Чтобы ни случилось, твой дом - твоя крепость!
- Как хорошо, что ты у нас есть!

7. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

7.1 Когда и куда надо обращаться за консультацией специалистов?

Подросток, находящийся в кризисной ситуации, в депрессивном состоянии, часто имеет своеобразное «туннельное мышление», концентрируясь только на своей «безвыходной» проблеме. Помочь увидеть альтернативные выходы может человек, независимый от личной, семейной ситуации подростка. Таким независимым помощником может стать священник (при условии искренней веры подростка), психолог, специалист детского телефона доверия. Если психолог, психотерапевт рекомендует обратиться за помощью в медицинское учреждение (например, в психиатрическую больницу), не нужно отказываться, промедление может быть опасным. Если в семье начинается шантаж угрозой самоубийства, то обращаться к специалистам надо незамедлительно и решать проблему комплексно.

Некоторые симптомы, при наличии которых надо обращаться к психологу:

- непонимание подростка, напряженная атмосфера в семье;
- конфликтность по отношению к другим (семейные конфликты, конфликты со сверстниками);
- агрессивность по отношению к окружающим;
- зависимости (компьютерная, пищевая);
- резкая негативная смена увлечений, окружения;
- смена настроения, переживания, печаль, обиды, подавленность и т.д.;
- негативные изменения в поведении (склонность к уходу из дома, хулиганство, воровство);
- резкое снижение успеваемости;
- изменения в самооценке;
- нарушения сна, повышенная утомляемость;
- неверие в свое будущее, негативная оценка настоящего и будущего.

Некоторые симптомы, ситуации, при наличии которых надо обращаться к врачу-психиатру:

- диагностирование у подростка высокой или средней степени суицидального риска;
- длительное (более 2 недель) понижение настроения;
- суицидальные попытки в прошлом;
- нелепые (бредовые) идеи, галлюцинации, различные фобии (страхи);
- длительная бессонница;
- зависимости (от алкоголя, наркотиков);

- переживание интенсивных отрицательных эмоций.
- Госпитализация в стационар показана:
- во всех случаях повторных суицидальных попыток;
 - при наличии психических расстройств;
 - при наличии высокого риска суицидальных действий;
 - при наличии устойчивых мыслей о суициде;
 - при высоком уровне решимости умереть в ближайшем будущем (в течение ближайших часов или дней);
 - при существовании плана, в котором используется насильственный и высоко летальный метод;
 - при беспокойстве и панике;
 - при неблагоприятной семейной ситуации.

7.2. Алгоритм действий педагогов по выявлению и работе с обучающимся, склонным к суицидальному поведению

Таблица 3 – Алгоритм действия педагогов по выявлению и работе с обучающимся, склонным к суицидальному поведению

Куратор	Педагогические работники	Педагог-психолог	Социальный педагог	Администрация
Наблюдение за обучающимися в учебной и внеучебной деятельности				
Встречи в неформальной обстановке, внеклассные мероприятия, беседы с обучающимися группы с целью выявления обучающихся, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	Беседы с обучающимися группы	Определение эмоционального состояния и личностных особенностей у всех обучающихся колледжа с выявлением актуальных проблем	Межведомственное взаимодействие с целью выявления обучающихся, имеющих до поступления в колледж попытки суицида и оказавшихся в трудной жизненной ситуации	Координация деятельности всех специалистов
При выявлении признаков суицидального поведения у обучающихся оповещает психолога, администрацию		По результатам диагностики выявление обучающихся, склонных к суицидальному поведению	При выявлении обучающихся, склонных к суицидальному поведению, информирование психолога, администрацию	Координация деятельности всех специалистов
Наблюдение за обучающимся во время учебной и внеучебной		Консультация обучающимся по	Наблюдение за обучающимся во	Координация деятельности

деятельности. Своевременное информирование педагога-психолога об изменении настроения, в поведении, внешнем виде и т.д.	результатам диагностики. Беседа с целью определения индикаторов суицидального риска	время учебной и внеучебной деятельности. Своевременное информирование педагога-психолога об изменении настроения, в поведении, внешнем виде и т.д.	всех специалистов
	Беседа с классным руководителем с целью определения индикаторов суицидального риска у выявленных обучающихся		
	Углублённая диагностика обучающихся, склонных к суицидальному поведению, с использованием методики экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»		
Использование рекомендаций педагога-психолога по взаимодействию с обучающимся, склонным к суициду, в учебной и внеучебной деятельности		Использование рекомендаций педагога-психолога по взаимодействию с обучающимся, склонным к суициду	Координация деятельности всех специалистов
Оказание помощи психологу по привлечению родителей к совместной деятельности с обучающимся, склонным к суициду	Индивидуальная консультация по результатам диагностики обучающегося и его родителей	Оказание помощи психологу по привлечению родителей к совместной деятельности с обучающимся, склонным к суициду	Координация деятельности всех специалистов
Наблюдение за обучающимся во время учебной и внеучебной деятельности. Своевременное информирование педагога-психолога об изменении настроения, в поведении, внешнем виде и т.д.	Рекомендация родителям, обучающемуся обратиться за медицинской помощью психолога в медицинское учреждение с заполнением согласия (отказа) на оказание помощи	Профилактические беседы	Координация деятельности всех специалистов
	Поддерживать связь с психологом медицинского учреждения с целью	Профилактические беседы	

	выстраивания дальнейшего психолого-педагогического сопровождения обучающегося		
Использование рекомендаций педагога-психолога по взаимодействию с обучающимся, склонным к суициду, в учебной и внеучебной деятельности	Подготовка рекомендаций по взаимодействию педагогов с обучающимся	Использование рекомендаций педагога-психолога по взаимодействию с обучающимся, склонным к суициду	Координация деятельности всех специалистов
Наблюдение за обучающимся во время учебной и внеучебной деятельности. Своевременное информирование педагога-психолога об изменении настроения, в поведении, внешнем виде и т.д.	Психологическое сопровождение	Наблюдение за обучающимся. Своевременное информирование педагога-психолога об изменении настроения, в поведении, внешнем виде и т.д.	Контроль за организованной работой специалистов

7.3 Полезные ссылки и ресурсы

Экстренная психологическая помощь в России, Детский телефон доверия **8 8002000122** (круглосуточно).

- Телефон доверия по Кондинскому району 34-888
- МБУЗ ЦРБ п.Междуреченский 33205
- ОВД по Кондинскому району 35-151
- КЦ СОН «Фортуна» 32-9-28

Полезные ресурсы:

- Телефон доверия для детей, подростков и родителей <https://telefon-doveria.ru/>
- Дети России онлайн <http://detionline.com/>
- Я –родитель <https://www.ya-roditel.ru/>
- Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <https://fond-detyam.ru/>
- Центр защиты прав и интересов детей <https://www.fcprc.ru/>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014 г. (электронный ресурс)
2. Зинова Е.Ю. Когда тебя понимают... (рекомендации родителям подростков, склонных к суициду). – Ханты-Мансийск, 2010 г.
3. Как не допустить суицид у подростка. Центр социально-психологической адаптации и развития подростков «перекресток» / МГППУ, Москва 2012 г.
4. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.: Изд-во Эксмо, 2005 г.
5. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. N 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида».
6. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях – СПб.: Речь, 2007 г.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: «Когито-Центр», 2005 г.