



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

бульвар Строителей, д. 7, г. Красногорск, Московская область, 143407

тел. 8 (498) 602-11-11; факс 8 (498) 602-09-93

e-mail: minobr@mosreg.ru

27.06.2023 № 18Исх-13460/14-01
На № _____ от _____

Руководителям органов местного самоуправления муниципальных образований Московской области, осуществляющих управление в сфере образования
(по списку)

Руководителям образовательных организаций Московской области, подведомственных Министерству образования Московской области
(по списку)

Руководителям автономных некоммерческих общеобразовательных организаций, в состав учредителей которых входит Правительство Московской области
(по списку)

Уважаемые руководители!

Министерство образования Московской области в соответствии с письмом Министерства здравоохранения Московской области от 23.05.2023 № 14ИСХ-12602/2023-10-01 направляет методические рекомендации по теме «Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних» для педагогов, психологов, социальных работников и родителей для организации работы.

Приложение: на 65 л. в 1 экз.

Начальник управления воспитания
и дополнительного образования детей

А.В. Ежов 8 (498) 602-11-23 (доб. 40998)



Ю.Н. Чекмарева



федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

■ Кафедра педагогики и медицинской психологии

В.В. Гульдaн, Г.М. Токарева, С.В. Абрамов

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Методические рекомендации

Авторы-составители:

В.В. Гульдан — медицинский психолог высшей квалификационной категории, д-р психол. наук;
Г.М. Токарева — медицинский психолог высшей квалификационной категории, канд. психол. наук;
С.В. Абрамов — врач-психиатр высшей квалификационной категории.

Рецензент — *Цыганков Борис Дмитриевич*, главный психиатр
Министерства здравоохранения РФ по ЦФО, вице-президент РОП,
председатель Московского областного общества психиатров
и психиатров-наркологов, член-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ,
профессор, д-р мед. наук.

Г94 **Гульдан, В.В.** Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних : методические рекомендации / В.В. Гульдан, Г.М. Токарева, С.В. Абрамов ; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — М. : Издательство Сеченовского Университета, 2023. — 64 с.

В методических рекомендациях дается современное представление о суицидальном поведении, особенностях суицидов у несовершеннолетних, мерах профилактики их суицидальной активности.

Пособие может быть использовано педагогами, социальными работниками, педагогами-психологами, медицинскими психологами, врачами и другими специалистами, работающими с детьми для раннего выявления признаков суицидального поведения у детей и подростков, своевременного проведения профилактических мероприятий.

УДК 371:316.624
ББК 74.24я73

© ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), 2023
© Издательство Сеченовского Университета, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Раздел 1. Нормативно-правовые основы в работе специалиста по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних	5
Раздел 2. Понятие о суицидальном поведении несовершеннолетних	6
2.1. Формы, типы и динамика развития суицидального поведения несовершеннолетних	6
2.2. Причины и мотивы суицидального поведения несовершеннолетних	8
2.3. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних	12
Раздел 3. Направления профилактической работы с несовершеннолетними	19
3.1. Основные принципы профилактической работы	19
3.2. Рекомендации для педагогов и социальных работников	20
3.3. Рекомендации для психологов	31
Список литературы	37
Приложение 1. Схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида	39
Приложение 2. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков	41
Приложение 3. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)	42
Приложение 4. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)	44
Приложение 5. Памятка для педагогов (профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних – жертв буллинга)	47
Приложение 6. Памятка для родителей (профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних – жертв буллинга)	48
Приложение 7. Памятка для педагогов (профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних с признаками заброшенности и жестокого обращения)	49
Приложение 8. Памятка для педагогов (профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних)	53
Приложение 9. Памятка для родителей (профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних)	56
Приложение 10. Памятка (подросткам о суицидах)	59
Приложение 11. Телефоны психологической помощи	60
Приложение 12. Образец «Антисуицидального контракта»	61
Приложение 13. Упражнения и притчи	62

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение несовершеннолетних на протяжении многих лет продолжает оставаться в обществе одной из ведущих социально-значимых проблем, определяющих острую необходимость организации решительных профилактических мероприятий.

Одним из наиболее значимых и эффективных участников процесса профилактики суицидов в Российской Федерации является система образования. Имеющиеся у нее организационные и профессиональные возможности, а также сфера ее социального значения позволяют обеспечивать комплексное, системное воздействие на множество социальных групп, прежде всего, несовершеннолетних и молодежи. Образовательная среда и связанная с ней социально-психологическая сфера при тесном взаимодействии позволяют вносить существенный вклад в формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у подрастающего поколения.

Суицидальное поведение у детей и подростков является одной из форм проявления аутоагрессии и имеет определенные отличия от суицидального поведения у взрослых. В значительном большинстве случаев у несовершеннолетних нет осознанного желания умереть, представление о смерти крайне неотчетливые, инфантильные. Смерть представляется в виде желательного сна, отдыха от невзгод, в ней видится способ наказать обидчиков.

В отличие от взрослых, картина пресуицидального состояния несовершеннолетних не однозначна, не имеет единого статуса. Высокая вариабельность, лабильность пресуицидальных признаков создает особые затруднения в распознавании угрозы самоубийства у несовершеннолетних. Часто суицидальному поведению предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в разных сферах общественных отношений: учебных, бытовых, личных. В связи с тем, что несовершеннолетним, особенно подросткам, конфликты часто представляются крайне значимыми, у них более легко возникает предрасположенность к суицидальному поведению.

При решении задач профилактики суицидов среди несовершеннолетних необходимо развитие содержательных, научных и методических оснований профилактической деятельности с учетом современного состояния развития общества.

Раздел 1. Нормативно-правовые основы в работе специалиста по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних

При проведении работы по профилактике суицидов среди несовершеннолетних необходимо руководствоваться следующими правовыми нормативными актами, действующими на территории Российской Федерации.

1. Конвенция о правах ребенка (Постановление ВС СССР от 13.06.90 № 1559-1 «О ратификации Конвенции о правах ребенка»);
2. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020);
3. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ;
4. Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1;
5. Федеральный закон Российской Федерации "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
6. Федеральный закон Российской Федерации от 24.07.1998г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ»;
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ "О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию";
8. Приказ Минобразования Российской Федерации от 28 февраля 2000 г. № 619 «О концепции профилактики ПАВ в образовательной среде»;
9. Письмо Министерства образования Российской Федерации «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» от 26.01.2000 г. и от 29.05.2003 г.;
10. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации "О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида" от 18.01.2016 № 07-149.
11. Постановление Московской областной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав «Алгоритм действий по профилактике суицидов учащихся образовательных организаций» № 4 от 16.06.2017.

Раздел 2. Понятие о суицидальном поведении несовершеннолетних

2.1. Формы, типы и динамика развития суицидального поведения

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности. Суицидальное поведение принято подразделять на внутренние и внешние формы.

Внутренние формы суицидального поведения:

- Антивитальные переживания – размышления об отсутствии ценности жизни без чётких представлений о своей смерти.
- Пассивные суицидальные мысли – фантазии на тему своей смерти, без желания лишиться себя жизни.
- Суицидальные замыслы – разработка плана суицида.
- Суицидальные намерения – зрелое решение к выполнению плана.

Внешние формы суицидального поведения:

- Самоубийство (суицид) – намеренное и осознанное лишение себя жизни.
- Суицидальная попытка (парасуицид) – намеренное самоповреждение или самоотравление, не закончившееся смертью.
- Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) – действия, предпринятые с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванные внешними обстоятельствами, не дошедшие до реального самоповреждения (например, был прерван акт самоповешения и т.д.).
- Абортивная суицидальная попытка (абортивный парасуицид) – действия, предпринятые с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но непосредственно прерванные самим субъектом.

Типы суицидального поведения:

- Демонстративное суицидальное поведение. В основе этого типа суицидального поведения – стремление обратить внимание на себя и свои проблемы, заставить окружающих задуматься о них, продемонстрировать, как трудно справляться с трудностями. Это своеобразная просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные поступки совершаются не для того, чтобы причинить себе реальный вред, лишиться себя жизни, а для того, чтобы напугать окружающих, обратить их внимание на его проблемы, указать на их несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении суицидальные действия чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, инсценировки повешения.
- Аффективное суицидальное поведение. Суицидальные поступки при таком типе совершаются под влиянием сильных эмоций. В таких случаях человек действует импульсивно, без продуманного четкого плана своих действий. Как правило, сильные отрицательные эмоции (гнев, обида)

перекрывают собой объективное восприятие ситуации и суицидент, под их руководством, совершает суицидальные действия. При таком виде суицидального поведения человек чаще прибегает к попыткам повешения, отравлению сильнодействующими или токсичными веществами.

- Истинное суицидальное поведение. Такой тип поведения характеризуется продуманными, хорошо спланированными действиями, к которым суицидент готовится заранее. При таком типе суицидального поведения чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых суицидент прощается со всеми и объясняет причины своего решения. В силу того, что суицидальные попытки являются продуманными, они чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще совершаются повешение или прыжки с высоты.

Самоубийство – это неестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение возникает чаще всего после более или менее продолжительного периода переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из сложной ситуации.

Рассмотрим динамику формирования суицидального поведения.

I стадия - стадия вопросов о смерти и смысле жизни. Прежде чем совершить суицидальное действие в большинстве случаев наблюдается период, во время которого снижаются адаптационные способности человека, формируются собственно мысли о смерти, которые проявляются в виде заявлений о том, что «надоела такая жизнь», «вот бы уснуть и не проснуться» или в виде возникновения интереса к проблемам жизни и смерти и т.д. На этой стадии возникают пассивные мысли о суициде, представления, фантазии и размышления о своей смерти, но не о лишении себя жизни. Могут отмечаться высказывания типа: «Чем так жить, лучше умереть», «Хочется уснуть и не проснуться» и т. д. При этом значение таких высказываний часто недооценивается или воспринимается как демонстративно-шантажное. Самоубийства редко возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они могут являться «последней каплей» при постепенно ухудшающейся адаптации. Почти каждый, кто реально задумывается о самоубийстве (в 70 - 75 % случаев), так или иначе, дает понять о своем намерении окружающим едва уловимыми намеками или же легко узнаваемыми угрозами, ищет возможности высказаться и быть выслушанным. Однако очень часто они не встречают человека, который их услышит.

II стадия - суицидальные замыслы. Желание покончить с собой проявляется в активной форме, сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов. При этом четко продумываются способы, место и время совершения самоубийства. Окружающие могут заметить высказывания о намерении совершить суицид.

III стадия - суицидальные намерения и собственно суицидальная попытка. К суицидальному замыслу присоединяется сформированное решение (установка) и волевой компонент, непосредственно побуждающий к осуществлению внешних форм суицидального поведения.

Длительность пресуицида как периода от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток его осуществления может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). При острых пресуицидах, возможно моментальное проявление суицидальных замыслов и намерений, без предшествующих стадий.

2.2. Причины и мотивы суицидального поведения

Несмотря на то, что несовершеннолетние часто совершают суицид в экстремальных, стрессовых ситуациях, обусловленных публичным унижением, проблемами в учебе, предательством, большинство экспертов полагают, что это скорее повод для суицида, чем его причина.

А.Г. Амбрумова отмечает, что правильно понять суицидальное поведение помогут ответы на два вопроса: почему человек совершил суицид и зачем он это сделал. Для ответа на первый вопрос необходимо провести анализ условий жизни, жизненной ситуации, в которой находился суицидент, его состояний и переживаний, приведших к совершению суицидального акта. Для ответа на второй вопрос необходимо изучение мотивов суицидального поведения, целей, которые ребенок хотел достичь, совершая суицидальные действия.

Мотивировки самих суицидентов, изложенные в предсмертных записках, нередко не совпадают с истинными мотивами суицида. Например, суицидолог и танатолог Э. Шнейдман, исследовавший предсмертные записки, сообщает о том, что они оказываются, за редким исключением, совершенно неинформативными.

Причины и мотивы суицидального поведения несовершеннолетних сложны, неоднозначны и многообразны.

Г. Сейр, анализируя чувства, стоящие за суицидальным актом, выделил четыре основные причины самоубийства:

1. изоляция (чувство, что никто не понимает, никто тобой не интересуется);
2. беспомощность (ощущение, что не можешь контролировать жизнь, ничего от тебя не зависит);
3. безнадежность (когда в будущем не видится ничего позитивного);
4. чувство собственной незначимости (уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание чувства стыда, собственной некомпетентности).

Согласно классификации, предложенной С.В. Бородиным и А.С. Михлиным, основными суицидальными мотивами являются:

1. личные и семейные: безответная любовь, одиночество, оскорбление, унижение со стороны окружающих, конфликты в семье, развод родителей, болезнь или смерть близких и т.д.;
2. состояние собственного здоровья: уродства, психические заболевания, неизлечимые соматические заболевания;
3. конфликты, связанные с работой или учебой;
4. материально-бытовые трудности и др.

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

1. Суицидальные реакции по типу «призыва» («крик о помощи»). К данной группе относят случаи, когда суицидальная попытка совершается с целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку. На вопрос: «Зачем ты это сделал?» суициденты обычно отвечают: «Чтобы другие поняли, что я чувствую»; «Чтобы получить помощь». К данной группе также относятся демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (родителей, учителей, друзей). При наличии мотивов данного типа ребенок, как правило, перед совершением суицидального акта в прямой или косвенной форме сообщает о своих намерениях или угрожает покончить с собой. Суицидальная попытка как правило совершается в присутствии окружающих или человек стремится сделать так, чтобы близкие узнали о его поступке (например, звонит по телефону знакомым и сообщает о своих действиях сразу после акта отравления лекарствами). Люди, руководствующиеся суицидальными мотивами по типу «крик о помощи», обычно не задумываются о возможном летальном исходе своих действий, они сосредоточены на мыслях о том, как окружающие отреагируют на их действия.

2. К суицидальным реакциям по типу «протеста» относят случаи, когда человек, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия для того, чтобы выразить свой протест против происходящего.

3. Суицидальные реакции по типу «избегания». К данной группе относят случаи, когда человек, находящийся в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (стремится избежать негативную ситуацию). При расспросе: «Зачем это сделал?» обычно сообщают: «Ситуация была настолько невыносима, что я просто не знал, что мне еще сделать»; «Хотел избежать невыносимой ситуации, отвлечься от мыслей о ней». К данной группе также относят случаи, когда человек совершает суицидальный акт с целью уменьшения

негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них (стремится избежать страдания).

4. Суицидальные реакции по типу «самонаказания» включают случаи, когда человек совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний вины, стыда, чувства ненависти к себе. На вопрос о цели суицидальных действий обычно отвечают: «Хотел себя наказать».

5. Суицидальные реакции по типу «отказа» демонстрируют случаи, когда человек совершает суицид, потому что, потеряв смысл существования, стремится к смерти, к прекращению своего бытия. Это могут быть случаи, которые связаны, например, с потерей близкого человека, тяжелым заболеванием или невозможностью исполнять прежние социальные роли).

А.Г. Амбрумова и Е.М. Вроно выделили следующие типы суицидоопасных ситуационных реакций, характерных для подросткового возраста (1985):

1. Реакция депривации характеризуется потерей интересов, угнетением эмоциональной активности, скрытностью, молчаливостью ребенка, негативными переживаниями. В анамнезе - жесткое авторитарное воспитание. Чаще характерны для младшего и среднего подросткового возраста.

2. Для эксплозивной реакции характерны аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления к лидерству (часто необоснованные). Чаще проявляются у детей, воспитывающихся в семье, где эти реакции традиционны для взрослых. Как правило цель суицидальных действий, которые совершаются на высоте аффекта, - стремление доказать свою правоту, отомстить обидчику. В постсуицидальном периоде критика суицидального поведения формируется не сразу, долго сохраняется оппозиционное отношение к окружающим. Данные реакции чаще характерны для среднего подросткового возраста.

3. Реакция самоустранения характеризуется эмоциональной неустойчивостью, внушаемостью, несамостоятельностью. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом. Целью суицидальных действий является уход от трудностей. Данные реакции чаще проявляются у детей среднего и старшего подросткового возраста с чертами незрелости.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в специфике суицидальных действий, среди которых выделяют следующие:

1. Самоповреждения. Характерны сочетание ауто- и гетероагрессии, эпилептоидный тип акцентуации характера, яркий пубертатный криз, школьная дезадаптация, воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях, во время самоповреждений эмоциональное состояние со злобой, чувством обиды на окружающих. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

2. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивными проявлениями. Чаще всего у таких подростков проявляются истероидный и возбудимый типы акцентуаций характера, у них менее выражен пубертатный криз, среди сверстников испытывают дискомфорт из-за завышенных притязаний, воспитываются как правило в конфликтных, но не асоциальных семьях. В начальных классах адаптация может проходить в пределах нормы. Целью суицидального акта является стремление доказать свою правоту и отомстить обидчику. Характерна незамедлительная реализация суицидального акта, которая нередко приводит к «переигрыванию» с летальным исходом. Если ситуация не разрешается - возможен повтор суицидальной попытки.

3. Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. Подростки с истероидной акцентуацией характера, имеют демонстративные черты, капризны, умело манипулируют окружающими. Часто до 5-6-го класса хорошо адаптированы, однако далее возможны проявления дезадаптации в связи с завышенными самооценкой, уровнем притязаний, трудностями школьной программы и т.д. Воспитываются, как правило, в дисгармоничных семьях с неадекватным, противоречивым стилем воспитания. Характерен более продолжительный пресуицид, так как стремятся к рациональному поиску наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщают окружающим о намерениях, вычисляют безопасные условия реализации суицидальной попытки, например, вычисляют не смертельную дозу лекарств. При разрешении травмирующей ситуации после суицидальной попытки происходит закрепление данного поведения.

4. Суициды с мотивацией самоустранения. У подростков с данным типом мотивации определяются чувство вины, неустойчивая самооценка, высокая тревожность, эмоционально-лабильная, неустойчивая или сенситивная акцентуации характера, психический инфантилизм, несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессоустойчивость, неудачи в школе и низкий статус, которые вызывают страх, усугубляют чувство вины, снижают способность противостоять давлению, а потому способствуют приобщению к асоциальной деятельности. Пубертатный криз, как правило, приводит к неврастению. Чаще такие подростки воспитываются во внешне благополучных, но нестабильных семьях, где конфликты носят скрытый характер. Пресуицид, как правило, длительный, с чувством страха, выбираются достаточно опасные способы. В ближайшем постесуициде - страх смерти, стыд и раскаяние с низкой степенью риска повторения суицидальной активности.

На разных этапах подросткового возраста - раннем (12–14 лет), среднем (15–16 лет) и старшем (17–18 лет) выделяют особенности формирования и проявления суицидальной активности, связанные со спецификой физиологии, психологии, личностными и поведенческими индивидуальными чертами.

В младшем подростковом возрасте суицидальные действия, как правило, заранее не планируются, попытки самоубийства совершаются чаще в ситуациях угрозы наказания при помощи первых попавшихся под руку средств. Характерны не истинное стремление к смерти, а желание избежать конфликта, устранившись от субъективно тягостной ситуации.

В средней возрастной группе суицидальная активность часто проявляется в состоянии аффективного напряжения, в кульминационные моменты конфликта, отличаются демонстративными самоповреждениями, попытками, имеющими целью отомстить окружающим или наказать обидчиков. Медицинские последствия таких попыток бывают тяжелыми. Для подростков данной возрастной группы характерны приступы раздражительности и злобности, эмоциональной неустойчивости, жажда чувственных (сенсорных) переживаний, проявляющиеся часто в сочетании с бедностью интересов, ограниченностью кругозора, нестандартным реагированием на неудачи, ситуации обмана. Для таких подростков характерны недостаток самоконтроля, еще не развитая устойчивость к стрессам.

Чем меньше возраст суицидента, тем ярче обнаруживается агрессивная направленность в психологической структуре суицидального поведения. По мнению большинства исследователей, наиболее склонны к аутоагрессивному поведению члены семей, которые внешне представляются благополучными, но имеют внутренние, скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребенка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов. Для детей младшего пубертатного возраста наиболее суицидоопасными являются внутрисемейные конфликты; для детей среднего и старшего возраста - конфликты со сверстниками и в школьном коллективе. В стимуляции суицидального поведения решающую роль играют социально-психологические факторы. Среди них на первом месте оказываются факторы дезадаптации, связанные с нарушением социализации, когда реальный статус в социуме не соответствует уровню притязаний ребенка.

2.3. Факторы риска суицидального поведения несовершеннолетних

При анализе факторов, способствующих развитию суицидального поведения, выделены две большие группы: групповые факторы риска и индивидуальные факторы риска (Е.В. Бачило).

1. Биологические факторы:

— риск возникновения суицидального поведения выше в семьях, где ранее уже наблюдались суицидальные попытки у родственников;

— в подростковом возрасте, по статистике, девушки чаще демонстрируют суицидальное поведение, чем юноши. После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно с одинаковой частотой и у девушек, и у юношей. В

молодом возрасте оно нередко связано с интимно-личностными отношениями. Пик подростковых суицидов приходится на возрастной диапазон от 15 до 18 лет;

— генетические факторы: однояйцевые близнецы, у которых совпадают 100% генов, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем двуяйцевые близнецы, у которых совпадают только 50% генов.

2. Личностно–психологические факторы:

— особенности характера: эгоцентризм, незрелость суждений, несамостоятельность, не умение планировать, слабое противостояние проблемам, категоричность мышления, признание только крайних позиций («черное-белое» мышление), фрустрированная потребность в безопасности, личных достижениях, доверии, дружбе; убеждение, что душевное страдание никогда не закончится, низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, неблагополучие коммуникативной сферы, неустойчивая или низкая самооценка, снижение и утрата ценности жизни; когнитивная ригидность, перфекционизм, 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 пессимистическим взглядом на реальность, неудовлетворенностью их запросов, неудачами в учебе и межличностных отношениях, не имеющих возможность самовыражения.

3. Медицинские факторы:

— алкоголь часто провоцирует самоубийство: 60% подростков, совершивших попытки самоубийства, непосредственно до этого употребляли спиртное;

— психические расстройства: депрессия, шизофрения, алкоголизм, наркомания, зависимость от лекарств, расстройства личности;

— тяжелые соматические заболевания.

К вышеназванным следует добавить факторы риска, которые сами по себе не могут вызывать возникновение суицидального поведения, однако, способны повысить вероятность осуществления суицидальных действий. К ним относятся:

4. Социально-средовые факторы:

4.1. Этнокультуральные факторы: высокий уровень суицидов в России на Алтае, в Бурятии, Ненецком, Корякском и Коми-Пермяцком автономных округах; самый низкий уровень суицидов в России отмечается в Ингушетии, Дагестане, Карачаево-Черкесии, Северной Осетии.

4.2. Макросоциальные факторы:

— в неполной или асоциальной родительской семье вырастают до 40% детей и подростков, проявляющих суицидальное поведение;

— патологическому воспитанию в родительской семье подвергались более 90% детей и подростков с различными формами суицидального поведения.

4.3. Микросоциальные факторы:

— стрессовые факторы: потеря близкого члена семьи, пережитое насилие, безответная любовь, конфликты со сверстниками, в т.ч. любовные. На их долю приходится 27% от общего числа случаев суицидальных действий детей и подростков;

— религия: у верующих людей риск суицида значительно ниже, чем у несовершеннолетних без религиозных убеждений;

— индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации: неадекватное освещение проблемы самоубийств в СМИ, в том числе в сети Интернет, может провоцировать развитие суицидального поведения и совершение самоубийств, зачастую групповых (учитывая существующий у подростков мощный эффект подражания).

Одним из наиболее достоверных показателей риска самоубийства являются прошлые попытки суицида или парасуицидальные эпизоды. По данным зарубежных исследователей у лиц с суицидальными попытками наблюдается 20-30 кратное увеличение риска самоубийств по сравнению с общей картиной для всего населения. Отечественные исследователи сообщают о том, что «каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства» (Г.В. Старшенбаум).

Необходимо отметить тесную взаимосвязь биологических, личностно-психологических, медицинских и социальных факторов в процессе формирования суицидального поведения. Например, влияние генетических факторов может опосредоваться психологическими и социальными. У генетически отягощенных детей часто отмечается склонность к социальному поведению, провоцирующему возникновение специфических стрессовых ситуаций, которые могут вызвать депрессию и суицидальные реакции.

Суицидальное поведение подростков может провоцироваться рядом следующих факторов:

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

2. Детство, проходящее в психологически неблагополучных семьях, в которых проявляются назойливая опека, либо эмоциональное отвержение, жестокость, требовательность без ласки, критичность к любым проявлениям ребенка, морализаторство. Особую опасность представляют скрытые конфликтные ситуации, непроявленные и внешне бесконфликтные семьи с неадекватными стилями воспитания и обращения с ребенком, в которых

выявляются жесткое подавление самостоятельности ребенка, несвобода, бесконечные морализаторства, поучения, несправедливые наказания и ограничения, с актуальной проблемой насилия над ребенком и жестокостью по отношению к нему.

3. Отсутствие у подростка друзей, непринятие его в учебном коллективе. Отверженные дети занимают низшие ступени в статусной иерархии детской группы, часто подвергаются насмешкам, физическому, психологическому насилию и т.д.

4. Психофизиологическая неустойчивость на фоне трудно протекающего пубертата. А именно, когда отмечаются: ранний старт, морфологические дисгармонии и анормальности развития организма, психическая устойчивость и развитие акцентуаций характера. Исследования показывают, что к суициду более склонны подростки с эмотивной, тревожной, демонстративной или педантичной акцентуациями характера (по классификации К. Леонгарда).

Отдельно можно выделить ряд следующих факторов: - смерть близкого, любимого человека, разрыв значимых романтических отношений; - неразделенная любовь; - измена любимого человека; - совершение уголовно-наказуемого преступления и др.

Некоторые авторы большое внимание при определении факторов суицидального риска у подростков придают подражательным тенденциям, свойственным этому возрасту (Чомалян, 1983)

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, отталкивающими окружающих).

Следует отметить характерную для несовершеннолетних недостаточно адекватную оценку последствий аутоагрессивных действий. Подростки фактически отрицают очевидность смерти для себя, гоня на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами и др. Более старшие подростки принимают мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицают реальность этой возможности. Сложности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев подросткового суицида обуславливаются несерьезностью, мимолетностью и незначительностью (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийств. С большой долей уверенности можно говорить о наличии взаимосвязи между попытками самоубийств подростков и другими формами отклоняющегося поведения (побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими

правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д.).

В дошкольном возрасте понятие «смерть» обычно воспринимается как весьма абстрактное, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Смерть не считается концом жизни, а воспринимается как временное явление, подобное сну или отъезду.

В младшем школьном возрасте дети могут думать, что «смерть невидима» и, чтобы остаться незамеченной, она ночью прячется в таких укромных местах, как кладбище; ее отождествляют с привидениями или покойниками, которые, якобы, «могут украсть детей». Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела. Они склонны считать смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. По мнению ряда исследователей, концепция смерти у ребенка приближается к концепции смерти взрослого лишь к 11-14 годам.

Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или легко вовлекаясь в 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, не предусматривают окончательного смертельного исхода. Ряд авторов считают, что психологический смысл подросткового суицида — это «крик о помощи», или «протест, месть», стремление привлечь внимание к своему страданию без истинного желания умереть. Представление о смерти крайне неотчетливое, инфантильное. Некоторым подросткам смерть представляется как «желательный длительный сон, отдых от невзгод, способ попасть в иной мир», «смерть видится средством наказать обидчиков». Кроме того, «именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя (телевидение, Интернет, подростковые субкультуры)». Для подростков характерна повышенная внушаемость, в силу которой легко вовлекаются в групповые суицидальные эксцессы». Сильные переживания могут вызвать у детей и подростков случаи самоубийства родственников или знакомых, когда родители настолько поглощаются горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают, и в целях привлечения их внимания, могут повторить суицидальный поступок близких.

В зоне повышенного суицидального риска находятся:

- депрессивные подростки;
- подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- подростки, когда-либо совершавшие суицидальную попытку, либо были свидетелем того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- одаренные подростки;

- подростки с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девушки;
- подростки – жертвы насилия.

Специалисты считают, что одним из серьезных факторов риска суицидального поведения является депрессивные состояния, которые представляют собой тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка. Они не являются сами по себе однозначным симптомом болезни и поэтому не всегда вызывают к себе достаточного внимательного отношения специалистов. Считается, что возникновение депрессивного состояния в наибольшей степени связано с характером детско-родительских отношений и с тем, как они воспринимаются ребенком. Подростки с депрессией больше склонны выражать ее во внешней активности — например, прогуливать занятия в школе, отказываться переходить из класса в класс, плохо вести себя, проявлять насилие и злоупотреблять алкоголем или наркотиками. Депрессия у молодых людей часто сопровождается либо отказом от еды и анорексией, особенно у девушек, либо чрезмерным потреблением пищи. Эти и другие тяжелые нарушения приема пищи могут повысить риск суицида.

Если общими признаками депрессивного состояния взрослых является гнетущее ощущение одиночества, опустошенности, подавленности, полной безнадежности, апатия, «душевная боль», то у детей и подростков состояние депрессии проявляется чаще в форме не унылого настроения, а повышенной раздражительности. При этом подростки могут быть капризны, часто испытывают чувство вины, постоянно жалуются на трудности с концентрацией внимания, «потерю энергии», склонны считать себя некрасивыми, глупыми, бесполезными, пессимистично настроены практически ко всему. У подростков, испытывающих депрессивные состояния, возможны проявления агрессии, негативистское, антисоциальное поведение, которые ранее были им несвойственны. Они теряют способность получать удовольствие от того, что раньше их радовало, фон настроения становится преимущественно сниженным, учащаются соматические жалобы (на боли в животе, в голове и т.д.). Часто отмечается усталость, проблемы со сном (либо бессонница, либо постоянная сонливость), потеря аппетита, изменение веса тела, потеря интереса к своей внешности. Депрессия может скрываться под такими симптомами, как нарушение поведения, гиперактивность, энурез, неуспеваемость в школе. Подросток может показаться чересчур эмоциональным, чувствительным, особенно в общении со сверстниками, либо наоборот, стать замкнутым, угрюмым, безучастным к тому, что раньше его интересовало. Безусловно, все эти симптомы необходимо рассматривать в комплексе, во взаимодействии друг с другом.

У детей среднего и старшего школьного возраста депрессия может проявляться в виде девиантного поведения с грубостью, конфликтностью в

отношениях с родными, пропусками школы без уважительной причины, побегами из дома, противоправными поступками, употреблением алкоголя, наркотиков и т.д. Диагностика депрессии в подростковом возрасте затруднена тем, что не обо всех своих переживаниях, ощущениях, тревогах и опасениях они могут сообщать родителям, либо могут не обращать внимания на некоторые симптомы, например, снижение массы тела и утомляемость.

Специалисты выделяют ряд факторов, повышающих вероятность возникновения депрессии у подростков. К ним относятся неуверенность в себе, негативный образ своего тела, пессимистичное восприятие будущего, развод или разлад между родителями, тяжелые или неизлечимые заболевания членов семьи, «непрятие» и «непопулярность» в значимой для подростка группе сверстников, стойкая низкая успеваемость в школе. Кроме того, следует обращать пристальное внимание на периоды в жизни ребенка, связанные с так называемой «сменой ролей»: переезд на новое место жительства, переход в новую школу, окончание школы, период полового созревания и др. Данные периоды в жизни подростка часто связаны с давлением окружающих и новых обстоятельств, растущей ответственностью, колебанием самооценки в связи с ощущением неспособности оправдать ожидания семьи или свои собственные притязания. Трудности на пути принятия новой роли могут привести подростка к депрессии, которая в свою очередь способна только усугубить проблему, привести к закреплению у него чувства безнадежности.

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессией, необходимо обращать внимание на ее типичные симптомы у несовершеннолетних:

1. Часто грустное настроение, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;
2. Вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;
3. Снижение интересов к деятельности или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась;
4. Постоянная скука;
5. Сложности концентрации внимания;
6. Чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;
7. Поглощенность темой смерти;
8. Повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалы и награды;
9. Повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
10. Жалобы на физическую боль, например, боль в желудке или головную боль перед школой;
11. Пропуск школы или плохая успеваемость;

12. Социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;
13. Деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;
14. Значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита или неконтролируемое обжорство).

Особенностью суицидального поведения детей и подростков является несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют суицидальные попытки. С этим связаны трудности своевременного выявления и распознавания суицидальных тенденций и существенная частота, на первый взгляд, неожиданных для окружающих случаев подростковых самоубийств.

После суицидальной попытки наступает период, когда к несовершеннолетнему относятся с повышенным вниманием и заботой. Это на какое-то время снижает вероятность повторения суицидальных действий. Однако по истечении нескольких месяцев, видя, что ребенок внешне благополучен, спокоен, не выражает суицидальных тенденций, не высказывает мыслей о суициде и не пытается повторить попытку, взрослые теряют бдительность и перестают уделять должное внимание ребенку. Полагают, что кризис преодолен, с ребенком все в порядке, и продолжают вести образ жизни, привычный для них до момента, когда ребенок совершил суицидальную попытку. Но, если ситуация, приведшая к суицидальному действию, не была проработана, проблема не была решена, то несовершеннолетний все еще находится под угрозой совершения повторной суицидальной попытки. Как отмечает ряд исследователей, именно в тот момент, когда близкие перестают волноваться за состояние суицидента, и совершаются повторные попытки суицида. Поэтому необходимо на протяжении длительного времени наблюдать, оказывать ребенку поддержку, беседовать с ним и проводить иные профилактические действия.

Раздел 3. Направления профилактической работы с несовершеннолетними

3.1. Основные принципы профилактической работы

Переходя к вопросу профилактики суицидального поведения следует отметить, что это должны быть, прежде всего, мероприятия, направленные на превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения, то есть на снижение риска суицидальной активности.

По последовательности действий различают следующие виды профилактики суицидов.

1. первичная профилактика включает мероприятия, проводимые с несовершеннолетними с целью предотвращения осуществления суицидальных действий. К данному виду профилактики относятся информационно-обучающие мероприятия по вопросам суицидологии;
2. вторичная профилактика подразумевает мероприятия, проводимые с несовершеннолетними, уже совершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения ее повторения;
3. третичная профилактика основана на мероприятиях, проводимых с близким окружением суицидентов, совершивших суицидальную попытку (родственниками, друзьями и т.д.), с целью предотвращения рецидива суицидального поведения у несовершеннолетних; а также комплекс медицинских, психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений, вызванных суицидальной попыткой, с целью возможно более полного восстановления полноценной жизнедеятельности ребенка.

По содержанию выделяют следующие виды профилактических мероприятий:

1. психологические. Включают коррекционные мероприятия, направленные на повышение уровня психологической устойчивости, изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, формирование «антисуицидального барьера», активизацию антисуицидальных факторов личности и, таким образом, предотвращающие формирование и рецидивов суицидальной активности;
2. социальные. Это мероприятия, ориентированные на изменение негативного социального статуса, поддержание желаемых социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов и способные предотвратить формирование или рецидивирование суицидальных действий;
3. информационно-обучающие мероприятия. Включают мероприятия, направленные на распространение знаний об особенностях формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения несовершеннолетних,

способах «самопомощи» при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб, а также специализированные суицидологические обучающие программы для специалистов, работающих с несовершеннолетними (педагогов, социальных работников, психологов, психиатров, врачей общей практики и др.).

4. специализированные психиатрические мероприятия. Включают медикаментозные и немедикаментозные направления по предотвращению формирования рецидива суицидальной активности, а также ориентированные на лечение психических расстройств, приведших к возникновению аутоагрессивных тенденций;
5. общемедицинские мероприятия. Представляют собой лечебные манипуляции, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки.

3.2. Рекомендации для педагогов и социальных работников

Школа остается основным институтом социализации в современном обществе. Практически единственная среди образовательных институтов она может выступить субъектом разрешения серьезной общественной проблемы – опасности перехода индивидуальных психологических девиаций, в том числе суицидального и аддиктивного поведения, буллинга и т.д., в массовые социальные, с соответствующими негативными последствиями.

Педагогам и социальным работникам следует обращать прицельное внимание на наличие следующих диагностических признаков суицидального поведения у несовершеннолетних:

1. *Уход в себя.* Стремление периодически побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но вызывает опасения, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда ребенок уходит в себя, начинает сторониться вчерашних друзей и товарищей. Подростки, склонные к суициду, часто могут «уходить в себя», сторониться окружающих, «замыкаться», подолгу не выходить из своих комнат. Они как бы «выключаются из жизни».

2. *Капризность, привередливость.* Каждый человек время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, повышенными учебными нагрузками, дружескими или семейными неприятностями и т.п. Но, когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги.

3. *Депрессия.* Это стойкий и глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека может проявляться по-своему. Для некоторых людей характерны замкнутость, «уход в себя», но при этом они маскируют свои чувства

настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый разговор с ребенком.

4. *Агрессивность.* Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат — неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания ребенок добивается осуждения со стороны товарищей и взрослых.

5. *Саморазрушающее и рискованное поведение.* Суицидальные подростки склонны причинять себе вред, вести себя “на грани риска” в любых ситуациях, где бы они ни находились.

6. *Потеря самоуважения.* Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они неудачники и аутсайдеры, что у них никогда ничего не получается, никто, никогда, ни за что их не полюбит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут.

7. *Изменение аппетита.* Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Подростки с хорошим аппетитом становятся разборчивы, те же, у кого аппетит всегда был плохой или неважный, едят “в три горла”. Соответственно, худые подростки толстеют, а упитанные, наоборот, худеют.

8. *Изменение режима сна.* В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в “сов”: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, некоторые ложатся только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины.

9. *Изменение успеваемости.* Многие учащиеся, которые раньше учились на “хорошо” и “отлично”, начинают прогуливать, их успеваемость резко снижается. Тех же, кто и раньше ходил в отстающих, могут и вовсе исключить из школы.

10. *Внешний вид.* Суицидальные подростки часто перестают следить за своим внешним видом, становятся неопрятными, как будто им совершенно безразлично, какое впечатление они производят на окружающих.

11. *Раздача подарков окружающим.* Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

12. *Приведение дел в порядок.* Одни суицидальные подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью “привести свои дела в порядок и все аккуратно сохранить”.

13. Психологическая травма. Каждый ребенок имеет свой индивидуальный эмоциональный опыт и порог чувствительности. К его превышению может привести как однократное крупное эмоциональное потрясение, так и цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться ребенку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастие с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

14. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении несовершеннолетнего должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый ребенок неожиданно начинает много шутить, смеяться, болтать, то стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое ребенок стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным признаком является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению с окружающими и к жизни в целом. Подростки, которые переживают кризис, теряют интерес ко всему, что раньше любили. Например, спортсмены покидают свои команды, музыканты перестают играть на своих музыкальных инструментах, перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

15. Угроза. Как правило, суицидальные подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу может быть выражена словами: «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых». Косвенные угрозы и намеки уловить труднее, их нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, подавлены или просто устали.

16. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Данные высказывания и заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

17. Словесные предупреждения. Не исключено, что ребенок задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы типа: - «Я решил покончить с собой». - «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!» - «Лучше умереть» - «Пожил и хватит» - «Ненавижу всех и всё!» - «Ненавижу свою жизнь!» -

«Единственный выход умереть!» - «Больше не могу!» - «Больше ты меня не увидишь!» - «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!» - «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!» - «Выхожу из игры, надоело!»

18. *Активная предварительная подготовка* в виде собирания отравляющих веществ и лекарств, рисунков с гробами и крестами, разговоров о суициде как о легкой смерти, посещения кладбищ и красочные о них рассказы, частых разговоров о загробной жизни.

Технологии профилактической работы (совокупность методов, приемов воздействий, применяемых в образовательном учреждении, и направленных на оказание помощи проблемным группам детей) имеют тактическую направленность. Работа по борьбе с суицидами должна параллельно проводиться по двум основным направлениям:

- профилактика самоубийств среди несовершеннолетних;
- реабилитация и адаптация суицидентов и их окружения.

Для успешного осуществления социально-педагогической работы рекомендуется проводить сопровождение образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся, в следующих направлениях:

1. Организация психолого-педагогического сопровождения несовершеннолетних;
2. Внедрение индивидуальных и групповых программ по формированию навыков адаптивного поведения несовершеннолетних;
3. Повышение компетентности педагогов в сфере превенции суицидального поведения, обучение педагогического коллектива навыкам раннего распознавания суицидальной активности несовершеннолетних.

Предлагаются два вектора психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся: общая профилактика (обеспечение вовлечения всех учащихся в жизнь школы и предупреждение их школьных трудностей и социальной дезадаптации) и специальная профилактика (выявление и сопровождение всех учащихся, нуждающихся в особом педагогическом внимании, проведение с ними индивидуальной работы).

Методы и приемы работы по профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних:

- диагностические: использование педагогических и психологических скрининговых методик для экспресс-выявления детей групп риска по суицидальному поведению в условиях образовательного учреждения;
- психотехнологии личностно-ориентированной терапии: индивидуальные психокоррекционные беседы, групповая психотерапия, аутотренинг, суггестивные программы (проводится приглашенными специалистами);

- реабилитационные психотехнологии (тренинги): транзактный анализ, психодрама, интеллектуальный тренинг, тренинги личностного роста, тренинг рефлексии, ролевая игра и др.;

- организационные: педагогические советы, консилиумы, семинары, обсуждения в групповых дискуссиях, круглые столы;

- информационные: методические рекомендации, памятки, стендовая информация, информационные листы, брошюры;

- создание системы межведомственного взаимодействия: осуществление сотрудничества учреждений образования с органами социальной защиты, медицинскими учреждениями, правоохранительными органами, службами спасения и т. д. в решении проблем воспитания подрастающего поколения;

- проведение конкурсов, фестивалей, направленных на развитие, поддержку способных и одаренных детей и детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, детей «группы риска», детей-сирот;

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

В зависимости от ориентации профилактики на личность или группу можно выделить 3 уровня работы по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних:

1 уровень. «Я сам» (уровень личности) — программа самопомощи подростка;

2 уровень. «Равный — равному» (уровень сверстников) — модификация программы современного молодежного краудсорсинга;

3 уровень. «Видеть, слышать, понимать» (уровень педагогического коллектива) — программа по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних.

«Я сам» — уровень личности предполагает индивидуальное, в том числе, кризисное, психолого-педагогическое сопровождение с целью развития личности подростка, в том числе осознание смысла существования и собственных ценностей, развитие уверенности в себе, навыков успешного взаимодействия с окружающими, а также развитие навыков и умений, необходимых для достижения поставленных целей, и, как итог, — формирование созидательной и активной жизненной позиции. Программы индивидуального психолого-педагогического сопровождения, которые могут быть использованы в контексте данной работы должны быть ориентированы на: - проведение мероприятий, направленных на обучение адаптивному поведению детей группы «риска»; - разработку и проведение индивидуальной коррекционной работы психологом и классным руководителем с обучающимися группы «риска»; -

оказание помощи родителям по воспитанию проблемного ребенка информированием о признаках суицидального риска, педагогической коррекцией неэффективного стиля семейного воспитания, включением родителей в индивидуальные программы психолого-педагогического сопровождения детей; - информирование педагогического коллектива о риске суицидальной активности конкретных детей и реализация индивидуальных программ превенции.

«Равный – равному» — уровень сверстников, который предусматривает выбор подростков для работы в качестве инструкторов. Как правило, такой выбор осуществляет куратор волонтеров или педагог, который отвечает за профилактическую работу в образовательном учреждении. Необходимо ориентироваться на принцип добровольности при выборе волонтеров по подготовке подростков-инструкторов, при практической работе подростков-инструкторов в группах своих сверстников с обязательным сопровождением волонтеров со стороны куратора или педагога (при проведении супервизии), а также при самостоятельной работе волонтеров с целевой группой подростков с периодической аудио- и видеозаписью.

«Видеть, слышать, понимать» - уровень педагогического коллектива по содержанию выступает как программа по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних. Для создания и реализации психологически безопасной образовательной среды в школе требуется совершенствование работы по профилактике профессиональной деформации педагогов. Целью программы, ориентированной на педагогический коллектив, является повышение социально-психологической компетентности педагогов в сфере распознавания, анализа и профилактики риска суицидального поведения в образовательном учреждении. Соответственно, в качестве приоритетных направлений программы выступают задачи повышения уровня психологических знаний и культуры педагогов; овладение индивидуальными и групповыми способами и методиками выявления склонности к аутоагрессивному поведению; изучение авитальной активности, аутодеструктивных процессов и эмоциональных состояний подростков группы риска; освоение педагогами поведенческих паттернов реагирования в кризисных ситуациях.

Одной из социально значимых задач для педагогов, социальных работников и психологов сферы образования является преодоление сложившихся мифов о суицидальном поведении.

Миф 1. Самоубийство совершают только больные дети. Статистические данные свидетельствуют в том, что среди самоубийц психически больных не больше, чем среди остального населения. Наличие суицидальных мыслей у ребенка означает, что он глубоко несчастен, и не является показателем

душевного заболевания. При этом у многих людей, страдающих психическими расстройствами, наоборот, не бывает суицидальных настроений.

Миф 2. Самоубийства являются исключительно импульсивным деянием, и помочь самоубийце в таком случае нельзя. Самоубийство – это логический итог неблагополучия личности в какой-либо из сфер ее жизни. Внимание к близнему и участие в разрешении его проблем может предотвратить роковой шаг. Главное - вовремя распознать, что ребенок нуждается в помощи и находится на грани, быть рядом, создавая условия, чтобы выиграть время и дожидаться, когда этот настрой пройдет, а также ограничить доступ к средствам самоубийства.

Миф 3. Ребенок, который пугает своих близких, никогда не совершит суицид. Практика показывает, что ребенок, стоящий на грани самоубийства, может сделать этот шаг под влиянием сиюминутного аффекта.

Миф 4. Спасенные дети никогда больше не совершат попытку суицида. Истина в том, что совершивший суицидальную попытку ребенок, как правило, (в 50% случаев) ее повторяет. В свою очередь, 50 % из повторивших суицид заканчивают его «успешно».

Миф 5. Нельзя разговаривать на тему суицида в присутствии детей, склонных к депрессии, т.к. такие разговоры могут спровоцировать суицид. Поскольку суицид многими рассматривается как социальная стигма, то люди, которых одолевают суицидальные мысли, зачастую не знают, с кем это можно обсудить. Откровенный разговор на тему самоубийства, вместо того, что поощрить, наоборот, может дать время передумать, помочь взглянуть на возникшие сложности по-другому, раскрыть перед человеком новые жизненные перспективы. Дети, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах, переживая так называемый «катарсис».

Миф 6. Ребенок перед самоубийством будет говорить об этом, но окружающие воспримут это как шутку. В большинстве случаев ребенок предупреждает окружающих о своих намерениях прямыми или косвенными высказываниями, своим поведением. Необходимо проявлять участие и быть внимательными к детям, чтобы их заметить.

Миф 7. Снижению уровня самоубийств способствуют статьи в СМИ, рассказывающие о том, как и почему было совершено то или иное самоубийство. В средствах массовой информации, как правило, публикуются только факты совершения самоубийства, что не влияет на количество самоубийств в различных возрастных группах.

Миф 8. Употребление алкогольсодержащих напитков помогает снять суицидальное переживание. Употребление спиртных напитков, зачастую, вызывает обратный эффект: повышается тревожность, обостряются конфликты и т.д., что может способствовать актуализации суицидальных переживаний.

Миф 9. Существует тип людей, склонных к самоубийству; влечение к которому передается по наследству. Это утверждение никак не доказано.

Взрослым необходимо хорошо знать индивидуальные психофизиологические и социально-психологические особенности ребенка, и любое изменение в его поведение должно настораживать. Крайне важно, чтобы родители не боялись обращаться за помощью к специалистам, если заметили явные и не очень очевидные проблемы в психическом и психологическом состоянии ребенка. Совершенно недопустимо отлучать ребенка от дома, да еще и подталкивать его к этому на высоте конфликта. В таких случаях можно услышать от родителей: «И обратно не приходи». Такие «страшные слова» могут стать последним напутствием ребенку.

Миф 10. Человек с суицидальными мыслями хочет умереть. Совсем наоборот: те, кто задумываются о самоубийстве, зачастую находятся в плену противоречивых настроений. Ребенок может поддаться изначальное сиюминутному желанию, но потом резко пожалеть о своем настрое. Именно поэтому, при возникновении мыслей о суициде, жизненно важна вовремя полученная эмоциональная поддержка, а также ограничение доступа к средствам суицида.

Миф 11. Если у кого-то появляются суицидальные мысли, этот человек будет им подвержен всю жизнь. И это не так однозначно. Риск самоубийства, как правило, возникает в связи с какой-то определенной жизненной ситуацией и не длится долго. При изменении данной ситуации, разрешении проблем, уйдут и суицидальные мысли. Они могут периодически возникать снова, но это не означает, что так будет всегда. Тот, кто когда-то подумывал о самоубийстве и даже пытался это сделать, может впоследствии навсегда отказаться от этих мыслей.

Миф 12. Большинство самоубийств происходит внезапно, без каких-либо тревожных сигналов. Большинству самоубийств как раз предшествуют тревожные сигналы, которые могут проявляться как в словах, так и в поведении. Важно понимать, что является тревожным симптомом и вовремя этот сигнал уловить.

Миф 13. Надо быть психологом или врачом, чтобы предотвратить чей-то суицид. Предотвратить суицидальную попытку может любой человек, увидев ранние тревожные признаки деструктивных мыслей у ребенка и предложив ему поддержку и помощь.

При беседе с ребенком, который вызывает у педагога настороженность относительно риска суицидального поведения, следует соблюдать ряд правил:

1. говорить с ребенком открыто и прямо, постарайтесь определить, насколько серьезна угроза: беседа о суицидальных мыслях не приводят к попыткам покончить счеты с жизнью, зато может помочь почувствовать облегчение от осознания проблемы;
2. дать собеседнику почувствовать, что Вам не все равно, что с ним происходит, сообщите, что хотите ему помочь, но не видите

- необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность;
3. слушать с чувством искренности и понимания;
 4. прибегнуть к помощи «авторитетных людей» для оказания поддержки ребенку;
 5. не предлагайте и не обещайте того, что не в состоянии выполнить;
 6. сохраняйте спокойствие и не осуждайте ребенка, не зависимо от того, что он говорит;
 7. при малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько изменить внутреннее состояние ребенка, помогите ему понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно;
 8. постарайтесь узнать у ребенка план действий, так как конкретный план – это знак реальной опасности;
 9. спросите: «Что помогало тебе справиться с трудностями в прошлом? Что могло бы помочь сейчас? От кого ты бы хотел эту помощь получить? Знают ли твои родители, что ты испытываешь такие трудности, сложности, душевную боль? Хочешь ли ты посоветоваться со специалистом (психотерапевтом, неврологом, психологом?)»

При общении с ребенком, который вызывает у педагога настороженность, ни в коем случае не нужно делать следующее:

1. не говорить: «Посмотри на все, ради чего ты должен жить»
2. не вдаваться в философские споры о теме самоубийства, не оценивать хорошо это или плохо;
3. не оставлять там, где находится ребенок, высказавший желание совершить самоубийство, предметы, с помощью которых это возможно сделать;
4. не осуждать выбор ребенка, но четко озвучить свою позицию о том, что из любой ситуации можно найти выход, хоть иногда это нелегко и не сразу получается;
5. не думать, что ребенок только манипулирует и ищет внимания, воспринимайте реальность озвученных угроз.

Примерная схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида представлена в Приложении 1.

Выявить риск суицида среди детей и подростков поможет Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова), представленная в Приложении 2.

Для выявления риска суицидального поведения у подростков можно использовать «карту риска» предрасположенности к попыткам самоубийства. При выявлении данной предрасположенности нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его

настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности начинают усиленно проявляться, то рекомендуется незамедлительно обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер) представлена в Приложении 3.

Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) позволяет провести экспресс-диагностику суицидального риска; выявить уровень сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование (Приложение 4).

Высокий риск суицидального поведения у детей, подвергающихся буллингу, а также у детей, в отношении которых родители допускают эмоциональное пренебрежение, физическую заброшенность и запущенность, то есть не учитывают и не удовлетворяют потребности ребенка, допускают жестокое обращение и насилие. Информационные памятки для педагогов и родителей по своевременному выявлению ситуаций буллинга, заброшенности и жестокого обращения с детьми представлены в Приложениях 5-7.

Педагогам следует быть особенно внимательными, чтобы заметить у ребенка состояние высокого суицидального риска, которое проявляется в следующем:

1. устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве.
2. состояние депрессии.
3. проявления чувства вины, стыда, обиды, сильного страха.
4. высокий уровень безнадежности в высказываниях.
5. заметная импульсивность в поведении.
6. факт недавнего и текущего кризиса или утраты.
7. эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты.
8. выраженное физическое или психическое страдание (болевой синдром, «душевная боль»).
9. отсутствие социально-психологической поддержки, не принимающее окружение.
10. нежелание ребенка идти на контакт, принимать помощь, недоступность терапевтическим интервенциям, сожаления о том, что «остался жив» после попытки суицида.

Для уточнения состояния высокого суицидального риска рекомендуется обратиться за консультацией к психологу и при его подтверждении необходимо:

1. обеспечить немедленное наблюдение за ребенком, при этом необходимо привлечение дополнительного персонала;

- ограничить доступ к местам и способам совершения суицидальных действий;
- сообщить о ваших опасениях родственникам и другим эмоционально значимым для ребенка людям;
- при невозможности организации консультации врача-психиатра - позвонить по телефону 101 для организации принудительной психиатрической помощи лицам с высоким риском суицидальной активности (в соответствии со ст. 19 Закона о психиатрической помощи).

Крайне осторожно следует проводить обсуждение с несовершеннолетними суицидальных случаев (на классных часах, родительских собраниях), так как в подростковой среде возможно повторение суицидальных попыток по механизму подражания, заражения, протестной реакции и др.

Как педагог может способствовать развитию самоуважения и чувства собственного достоинства у ребенка:

- Предоставлять реальную возможность достижения успеха, моделируя ситуации, в которых это возможно;
- Проявлять постоянный интерес к ребёнку, принимать и поддерживать его начинания;
- Обращать внимание на положительные стороны характера ребенка, не подчёркивая прошлых ошибок и проступков, особенно перед одноклассниками;
- Чаще одобрять ребенка, хвалить его по реальным поводам, не допускать циничного обращения по отношению к нему;
- Предупреждать неуверенность ребёнка, боязнь ошибок и неудач, нового дела, выбирая посильные для него задания;
- Уметь ставить реальные для ребенка цели и давать реальную оценку его достижениям и успехам.

Просветительская деятельность по вопросам профилактики суицидального поведения является важным звеном в системе профилактики суицидов среди несовершеннолетних. Примеры информационных памяток для педагогов, родителей несовершеннолетних детей и подростков представлены в Приложениях 8-10.

В образовательных учреждениях на видном месте рекомендуется разместить телефоны служб анонимной психологической помощи. Например, можно посоветовать ребенку обратиться в кризисных ситуациях по телефонам: Всероссийский Детский телефон доверия (бесплатно, круглосуточно) 8-800-2000-122. А также по телефону горячей линии «Ребёнок в опасности» Следственного комитета РФ (бесплатно, круглосуточно) 8-800-200-19-10 и другим (Приложение 11).

Исходя из представленной информации педагоги, воспитатели и социальные работники могут выявить детей, готовых пойти на суицид,

определить уровень риска совершения ими самоубийства и использовать все необходимые ресурсы для его предотвращения, вовремя направить ребенка на консультацию к специалистам: социальным работникам, психологам, психотерапевтам или принять экстренные меры для передачи несовершеннолетнего специалистам для оказания неотложной медицинской помощи.

3.3.Рекомендации для психологов

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. Тестовые методики, опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска.

Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы:

1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;

2 - опросники, выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида.

Широкое распространение получили клинические опросники, которые, чаще используют в медицинской психологии и психотерапевтической практике. Мы предлагаем использовать ниже представленный диагностический материал, который позволяет оперативно получить информацию о суицидальном поведении детей и подростков. При этом количество затраченного времени для проведения диагностических процедур было бы оптимально кратким, лаконичным, информативным, простым в обработке с затратой минимального количества времени на обработку персональных данных.

В работе психологов различных учреждений психодиагностические методики должны использоваться целенаправленно, выбираться с учетом возраста несовершеннолетних и задач обследования.

Методики для определения степени выраженности суицидальных намерений:

1. Цветовой тест М. Люшера. Позволяет определить психоэмоциональное состояние и уровень нервно-психической устойчивости ребенка, степень выраженности переживаний, особенности поведения в напряженных ситуациях и возможность самостоятельного выхода, склонность к депрессивным состояниям и аффективным реакциям. Предназначен для 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».

2. 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.

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

4. 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.

5. Методика «Сигнал». Предназначена для экспресс-диагностики уровня суицидального риска и выявления мотивов для жизни. Используется для подростков с 16 лет. В то время как ребенок выполняет поставленные перед ним задачи (отыскивает грамматические ошибки в высказываниях, нейтральных по смыслу и с суицидальным контекстом), программа регистрирует время его реакции на дополнительно подаваемые звуковые сигналы, дифференцируя истинное суицидальное поведение от демонстративно-шантажного. В методике минимизированы искажения полученной от подростка субъективной информации, в её основе лежит объективное измерение психофизиологических реакций.

6. Методика диагностики суицидального поведения Горской М.В. Предназначена для подростков 16-17 лет.

7. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н.Волкова). Позволяет прогнозировать степень суицидального риска подростков.

8. 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.

9. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнайдер). Целью данной методики является определение степени выраженности факторов риска суицида у подростков.

10. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королева). Позволяет определить суицидальные наклонности ребенка.

11. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М. Фергюсона. Способствует выявлению уровня ощущения одиночества личности.

12. Опросник С.Г. Корчагина «Одиночество». Опросник позволяет диагностировать глубину переживания одиночества подростка.

13. Патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко (ПДО). Предназначен для выявления акцентуаций характера у подростков 14-16 лет. Риск развития саморазрушающего поведения характерен для неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, epileптоидным и истероидным.

14. Опросник Басса-Дарки. Позволяет определить выраженность аутоагрессии, наличие самообвинения, чувства угрызания совести. Предназначен для детей подросткового возраста.

Для определения стратегий психологической помощи в рамках комплексного сопровождения несовершеннолетних можно также использовать следующие методики:

1. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Детский вариант методики предназначен для детей 4-14 лет. Позволяет выявить уровень социальной адаптации; причины неадекватного поведения учащихся по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); эмоциональные стратегии реагирования в стрессовых ситуациях.

2. Факторный личностный опросник Кеттела. Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных и личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).

Во время беседы с несовершеннолетним, высказывающим суицидальные угрозы, очень важным является заключение с ним «антисуицидального контракта» (Приложение 12). Целью его является предотвращение возможности суицида во время или непосредственно после окончания беседы, что дает возможность выиграть время для оказания эффективной помощи. Для этого можно сказать: «Давай с тобой договоримся, что ты не будешь ничего предпринимать, пока мы с тобой работаем над твоей ситуацией». Если же ребенок отказывается, то необходимо применить мощный эмоциональный прессинг. Например, сказав: «Пожалуйста, не делай этого! Ты мне дорог, подумай хотя бы, что будет со мной, если после этого разговора ты...». Заключив антисуицидальный контракт можно проработать альтернативные решения («Что произойдет, если ты не осуществишь сейчас свои намерения, а попробуешь...») и сделать шаги для упорядочивания «внутреннего хаоса» (Например, «Почему бы тебе не подождать, пока...»).

Вопросы, которые можно задать ребенку, который может совершить самоубийство и обратился к Вам за помощью:

1. Как дела? Как ты себя чувствуешь?
2. Ты выглядишь печальным, что-то случилось?
3. Что ты собираешься делать?

4. Как бы ты это сделал?
5. А что, если причинишь себе боль?
6. Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что случилось?
7. Если бы я попросил тебя пообещать мне, не причинять себе боль, то ты бы смог это сделать? Что бы помешало тебе дать обещание?
8. Что помогало тебе справиться с трудностями в прошлом? Что могло бы помочь сейчас? Кто мог бы тебе помочь?
9. Если тебе пришлось пообещать мне не убивать себя, смог бы ты сдержать свое слово? На какое время?
10. Попытаться выяснить не только те моральные структуры личности, которые подверглись психотравматизации, но и «зоны сохранной моральной мотивации», которые могут выступить в качестве антисуицидальных факторов (например, чувство долга ответственности, чувство достоинства, гордости, совесть, стыдливость).

При общении с потенциальным суицидентом не пренебрегайте суицидальными высказываниями - лучше перестраховаться, чем недооценить риск суицида.

Беседу целесообразно построить по следующему примерному плану:

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника;
 2. Задавайте вопросы в прямой, искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания;
 3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника:
 - имеется ли у него суицидальный план;
 - намечены ли время и место исполнения;
 - были ли суицидальные мысли и попытки в прошлом;
 - как он сам оценивает вероятность своего суицида.
- Помните, что чем более обстоятельно разработан план, тем больше вероятность его реализации;
4. Попытайтесь выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений. Не принуждайте собеседника говорить о них, если рассказ для него слишком болезненный;
 5. Побудите собеседника выразить свои чувства в связи с проблемной областью его отношений;
 6. Спросите, приходилось ли ему рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной (само) изоляции;
 7. Будьте готовы к тому, что вы будете вовлечены (возможно, на длительное время) в психотерапевтическую работу с вашим собеседником;

8. Ребенку нужно снизить страдания и боли, снять эмоциональное напряжение, помочь исполнить нереализованные возможности, вывести сознание из узкого туннеля, дать ему широкий выбор действий во время кризиса, и конечно вывести из состояния самоизоляции;

9. Убедите ребенка в том, что в его окружении непременно есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью;

10. Помогите ребенку понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно. Помогите найти людей или места, которые могли, бы снизить переживаемый стресс.

- приоритетным в интервенции с суицидально настроенным ребенком является умение как можно дольше поддерживать разговор, поскольку это развивает взаимоотношения между ним и консультантом.

Чего не следует делать при общении с потенциальным суицидентом:

- не отвечайте на заявления о суицидальных намерениях (сколь бы нелепо, с вашей точки зрения, они не звучали) репликами типа: "Слышать не хочу о таких глупостях", "Стоит ли говорить о вещах, которых все равно не совершишь?" Такие ответы могут только заставить вашего собеседника пожалеть о том, что он поделился с вами своими переживаниями;

- не показывайте, что вы шокированы заявлениями обратившегося, даже если вы действительно испытали эмоциональное потрясение;

- не вступайте в дискуссию о допустимости самоубийства.

- сообщите, что вы не хотите, чтобы собеседник уходил из жизни. Разговоры о том, что это не выход, это плохо, как будут страдать близкие, что ребенок должен быть ответственным человеком - это не должно быть главной аргументацией, если вообще об этом уместно говорить с детьми. В критическом состоянии для потенциальных самоубийц характерны боль и страдание, эмоциональное напряжение, тревога, фрустрация, самоизоляция. И указанные выше "аргументы" не помогут снять эти страдания или снизить эмоциональное напряжение! Так как во время критического состояния нарушается мыслительная деятельность, человек не может адекватно воспринять даже абсолютно правильные логические рассуждения. Подросток инфантилен, а ему говорят об ответственности? Ему говорят - другие будут страдать, разве от знания этого факта будет легче самоубийце? Некоторых это может даже простимулировать по типу «Вот пострадайте еще больше, чем я»;

- не предлагайте упрощенных решений типа «Все, что вам сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, на утро вы почувствуете себя лучше». Покажите, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его (ее) за эти чувства.

В отечественной суицидологии Меновщиковым В.Ю. предложен ряд стратегий и приемов психологического консультирования людей с кризисными и проблемными ситуациями:

1. *Структурирование ситуации.* В сознании ребенка формируется объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации в ее развитии. Психолог-консультант может тактично подвести ребенка к мысли, что аналогичные ситуации могут встречаться в жизни. Однако эта информация не должна звучать как заявление о том, что «Ваша ситуация банальна».
2. *Снятие остроты ситуации.* Дети 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.
3. *Терапия успехами и достижениями.* Особенно эффективна для детей неуверенных в себе, застенчивых, с низкой самооценкой. Рассказывая о себе, ребенок 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.
4. *Планирование.* Психолог-консультант побуждает ребенка к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности (отличной от суицида, «замещающей суицид»).

Помимо полезных приемов и стратегий существуют и вредные приемы, которых следует избегать. К ним относятся враждебность, сарказм, излишняя заботливость или безразличие. Кук отмечает, что часто слышал истории о том, как некто подталкивал потенциального самоубийцу: «Ну, что ж, вперед, убивай себя, раз решил», - и что после этого человек отказывался от самоубийства. Это неумная, неэффективная и непригодная для профессионала стратегия. Ведь о неудачном ее применении сообщить уже некому.

Рекомендуются следующие направления психологической работы с несовершеннолетними:

1. развивайте личностную гибкость и пластичность;
2. учите позитивно интерпретировать любые внешние и внутренние коллизии;
3. развивайте готовность к любым утратам;
4. формируйте позитивные прогнозирование и самопрограммирование;
5. развивайте юмор, особенно в психотравмирующих условиях;
6. обучите различным стратегиям поведения в конфликтных ситуациях.

Примеры упражнений и притч для психологической работы с несовершеннолетними, направленные на развитие их психологической устойчивости, личностной гибкости приведены в Приложении 13.

Знание конкретных приемов и стратегий, выученных консультантом или применяемых «по бумажке», вряд ли поможет само по себе. На практике работают скорее не конкретные приемы, а общее понимание и навыки ведения

консультативного процесса: от установления контакта, через принятие и предоставление возможности выговориться - к эмоциональному реагированию, возможным решениям изменить ситуацию способом, отличным от суицида. И что, возможно, самое главное, психолог-консультант должен быть лично готов к встрече с суицидально настроенным ребенком.

Список литературы

1. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. – 100 с. (Электронный ресурс).
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства //социальная и клиническая психиатрия. – 1994. - № 4.
3. Амбрумова А. Г., Жезлова Л. Я. Метод рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А. Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова. - М.И Тип.Мин.здравоохранения, 1978 г.
4. Анищенкова О.В. Методические рекомендации для работы с детьми с суицидальными наклонностями // ГБУ КО ПОО «Колледж агротехнологий и природообустройства». – 2021. – 32 с.
5. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Матафонова Т.Ю. Выявление и предупреждение суицидального поведения среди несовершеннолетних. Памятка психологам образовательных учреждений / Основы безопасности жизнедеятельности. Информационнометодическое издание для преподавателей. № 4, 2012г. С. 34-37 (начало), № 5, 2012 г. с. 40-45 (окончание).
6. Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) в журнал Медицинская психология в России №2 (19), 2013 г., [Электронный ресурс] http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php(дата обращения 09.07.2021).
7. Бебчук М.А., Басова А.Я., Безменов П.В., Рытик Э.Г., Северина Ю.В., Залманова С.Л. Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации № 61. – М., 2019.
8. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] //Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн. – 2013.– N2 (19).
9. Вроно Е.М. Поймите своего ребенка. — М.: Дрофа, 2002.
10. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? — М.: ЧеРо, Сфера, 2003.
11. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. — М.: Смысл, 2001 г. - 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное.
12. Елизаров А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Учебное пособие. - М.: «Ось-89», 2003. – 229 с.
13. Ефимова О.И. Суицидальное поведение в детском и подростковом возрасте: причины, факторы риска и их профилактика //Всероссийский вебинар: «Профилактика суицидального поведения детей и подростков, связанного с влиянием сети интернет».

14. Зиновьева Н. О., Михайлова Н. Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации. СПб.: Речь, 2003.
15. Кучер А.А. Костюкович В.П. Выявление суицидального риска у детей // Вестник психосоциальной и коррекционнореабилитационной работы. – 2001. - № 4. – С.32-39. 4. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. М.: WHO, 2006. - 30 с.
16. Максименкова Л. И. Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков, находящихся в кризисной ситуации: учебно-методическое пособие. — Псков: Псковский государственный университет, 2013. — 400 с.
17. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. -- 2-е изд., стер. -- М.: Смысл, 2005. - с. 22.
18. Методическое пособие для специалистов, работающих с детьми / Под ред. Корневой Л. Ю. СПб., 2005.
19. Помощь пережившим сексуальное насилие. Методическое пособие / Под ред. Моховой М., Замотаевой Н. А. М., 2004.
20. Руководство по предотвращению насилия над детьми / Под ред. Н. К. Асановой. М., 1997. Сакович Н.А. Суицидальное поведение подростка: профилактика и коррекция / Н.А. Сакович. – Минск: Пачатковая школа, 2013. – 136 с.
21. Сборник памяток для администрации, педагогов (классных руководителей) образовательных организаций города Москвы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся / Под ред. Вихристюк О.В. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – 55 с.
22. Соонетс Р., и др. Недостойное обращение с детьми. II. Тарту, АО Атлекс, 2007.
23. Спасти от пропасти. Родительский всеобуч: программы профилактики суицидального риска. Методическое пособие / Под ред. Е.Г. Артамоновой, О.И. Ефимовой. — М.: АНО «ЦНПРО», 2014.
24. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. – 100 с. (Электронный ресурс).
25. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. Трудные жизненные ситуации: эффективные способы реагирования. Методическое пособие для специалистов, работающих с молодёжью (социальных работников, психологов, педагогов) / Под ред. Понариной Л. В., Матвиенко И. В. М., 2006.
26. Черепанова Е. М. Психологический стресс: помоги себе и ребёнку. М.: Академия, 1996
27. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / под ред. Вихристюк О.В. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – 77 с.

**Примерная схема социально-психолого-педагогического обследования
несовершеннолетних, совершивших попытку суицида**

1. Ф.И.О., пол, год рождения, возраст
2. Адрес
3. С кем проживает
4. Место учебы
5. Анамнестические данные
6. Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого)
7. Наличие алкоголизма у родственников
8. Наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников (у кого, возраст)
9. Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии)
10. Состав семьи (полная, неполная, другие варианты)
11. Социальное положение родителей
12. Личностные качества родителей: - мать: любящая, отвергающая, доминирующая, стеничная, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная, другое - отец: любящий, отвергающий, доминирующий, стеничный, агрессивный, подчиняющийся, пассивный, иное
13. Лидерство в семье
14. Конфликт в семье: есть, нет. Характер конфликта.
15. Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними)
16. Неправильные формы семейного воспитания: отсутствовали, потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение, гипропротекция, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм)
17. Виды наказаний в семье
18. Мотивация при обучении в школе
19. Успеваемость
20. Положение в классе
21. Участие в неформальных группировках (конкретно в каких)
22. Правонарушения: были или нет, какие конкретно
23. Привычные интоксикации: курение, алкоголь, наркотики – частота употребления, мотив употребления.
24. Сексуальная жизнь.
25. Характерологические особенности личности:

- 26.Выраженность характерологических особенностей личности: в пределах нормы, акцентуированные, психопатические.
- 27.Характеристики суицидного поведения.
- 28.Травмы, несчастные случаи в прошлом: были, не было, когда, какие.
- 29.Непроизвольные самоповреждения.
- 30.Сновидения. - с символикой смерти: да нет, возраст. - с элементами аутоагрессии: да нет, возраст, какие. - со сценами нападения, убийства: да нет, возраст. - повторяющиеся сновидения: да нет, содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.
- 31.Страх смерти: да нет, обоснованный или нет, возраст.
- 32.Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.
- 33.Фантазирование на тему собственной смерти: возраст, содержание.
- 34.Отсутствие интереса к жизни: возраст.
- 35.Желание собственной смерти: возраст.
- 36.Планирование последствий суицида: да, нет, содержание.
- 37.Борьба мотивов.
- 38.Моральные рассуждения: самоосуждение, самооправдание.
Непосредственный повод (провоцирующий фактор).
- 39.Записки: да, нет, содержание.
- 40.Характеристики постсуицидального периода.
- 41.Отношение к суицидальной попытке.

**Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков
(А.Н. Волкова)**

Цель: выявление риска суицида среди детей и подростков

Процедура проведения: оцените ситуацию ребенка в баллах.

№	Проблема	Балл
1	Утрата обоих родителей	5
2	Утрата одного из родителей или развод в семье	4
3	Тяжелая психологическая атмосфера в семье	4
4	Изоляция в детском коллективе	4
5	Несправедливые методы воспитания, подавление	4
6	Тяжелые соматические болезни, инвалидность	3
7	Отсутствие опоры на любящего взрослого	3
8	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи	3
9	Акцентуации характера	3
10	Употребление алкоголя и наркотиков	2
11	Нарушение контроля, импульсивность	2
12	Низкая самооценка	1
13	Тяжело протекающий пубертат	1
14	Пассивность, робость, несамостоятельность	1

Дети, набравшие более 25 баллов, могут быть учтены в группе риска.

Методика «Карта риска суицида»
(модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к попыткам самоубийства, нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности (знаки беды) начинают усиленно проявляться, то рекомендуется обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью.

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
I. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида	- 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	- 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	- 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	- 0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	- 0,5	+0,5	+1
II. Актуальная конфликтная ситуация			
<i>А — вид конфликта:</i>			
1. Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	- 0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	- 0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	- 0,5	+0,5	+1
4. Внутрличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+0,5	+1
<i>Б — поведение в конфликтной ситуации:</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
<i>В — характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты имели место ранее	- 0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	- 0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	- 0,5	+0,5	+1
<i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+0,5	+2
III. Характеристика личности			
<i>А — волевая сфера личности:</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+0,5	+1

2. Решительность	- 0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	- 0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+0,5	+1
<i>Б — эмоциональная сфера личности:</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+0,5	+2
6. Доверчивость	- 0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+2	+3
9. Импульсивность	- 0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5		+1,5
12. Бескомпромиссность	- 0,5	+0,5	+1,5

Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма и полученный результат соотносится с приведенной ниже шкалой:

менее 9 баллов — риск суицида незначителен;
9–15,5 баллов — риск суицида присутствует;
более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставьте в случае согласия с утверждением «+», в случае несогласия с утверждением «-».

Вопросы:

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.

27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуюсь первому порыву.

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3
Максимализм	4, 16	3, 2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.
2. Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.
3. Уникальность. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".
5. Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".
6. Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".
7. Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.
8. Временная перспектива. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.
9. Атисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ

(профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних – жертв буллинга)

Как педагогам вовремя заметить ситуацию буллинга?

Для жертвы буллинга характерно:

- находит общий язык с учителями и плохо ладит со сверстниками;
- опаздывает к началу занятий, задерживается в школе после уроков;
- во время коллективных занятий и групповых игр его игнорируют или выбирают последним;
- школьные принадлежности (тетради, учебники, личные вещи) часто могут быть спрятаны или разбросаны по классу;
- на уроках ведёт себя тихо, скрытно, боязливо, при ответах на уроке, в классе начинают распространяться шум, насмешки, комментарии;
- во время перемены держится недалеко от учителей и других взрослых, старается находиться в стороне от других школьников, остерегается, убегает от сверстников или старших школьников;
- подвергается оскорблениям со стороны других детей, его дразнят, обзывают обидными прозвищами, на что реагирует либо улыбкой, старается отшутиться, либо плачет, убегает в уединенное место;
- потенциальными жертвами буллинга часто являются физически слабые, неспортивные юноши или девочки, которые одеваются беднее сверстниц.

Для обидчика (булли) характерно:

- на его поведение поступают жалобы от детей и взрослых;
- на уроке часто привлекает к себе внимание одноклассников и педагогов, вспыльчив, груб, при получении отрицательной отметки вступает в пререкания;
- манипулирует друзьями и знакомыми, дети его боятся или заискивают перед ним;
- лжет и жульничает, стремясь избежать ответственности за свои проступки;
- прогуливает школу, часто бывает в компании сверстников из других школ или районов;
- избегает общественно полезной деятельности, так как это может быть воспринято сверстниками как проявление слабости.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

(профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних – жертв буллинга)

Как родителям вовремя заметить ситуацию буллинга?

Для жертвы буллинга характерно:

- в поведении, настроении просматриваются резкие перемены: ребенок стал молчалив, задумчив, замкнут, беспокойно спит, ест без аппетита или наоборот, стал злобным, агрессивным по малейшему поводу; обиду, раздражение вымещает на родителях, родственниках, более слабых объектах (младшие братья и сестры, домашние животные);
- настроение стало пессимистичное, говорит о том, что покончит жизнь самоубийством;
- не приводит домой одноклассников или сверстников, свободное время постоянно проводит дома в одиночестве;
- не имеет близких друзей или приятелей, с которыми проводит досуг (спорт, компьютерные игры, музыка, долгие беседы по телефону);
- одноклассники не приглашают на праздники или дни рождения, и ребенок сам тоже никого не приглашает к себе, в том числе по причине опасения, что никто не придёт;
- в те дни, когда нужно идти в школу, по утрам часто жалуется на плохое самочувствие (головные боли, расстройство в желудке и др.) или придумывает какие-либо причины, чтобы не идти в школу;
- выпрашивает или крадёт деньги, драгоценности, не объясняя причину своего проступка; деньги могут быть необходимы для откупа от вымогателей, покупку наркотиков или алкоголя;
- из школы приходит домой с мелкими ссадинами, ушибами; вещи (книги, тетради, школьный рюкзак) потрепаны, выглядят небрежно;
- не ходит в школу по привычной дороге, выбирает обходные пути.

Для обидчика (булли) характерно:

- в раннем возрасте начинает проявлять асоциальное поведение (курить, пробовать алкоголь, наркотики, прогуливать уроки, вымогать деньги у одноклассников и младших школьников);
- типичным агрессором, как правило, является ребёнок, более физически развитый, чем его сверстники, имеющий проблемы с успеваемостью, воспитывающийся в неблагополучной семье, общающийся со старшими подростками;

- ребёнок с завышенной самооценкой, часто вступает в споры, конфликты с окружающими, по характеру неуравновешенный (дерётся, обзывается, ябедничает, кусается и т.д.), злопамятный, имеет садистские наклонности;
- имеет дорогие безделушки и собственные деньги, не объясняя причину их появления;
- во время игр со сверстниками навязывает свои правила;
- не уважает родителей и других взрослых, не считается с их мнением, игнорирует указания и просьбы, на них легко раздражается.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ
(профилактика суицидального поведения
среди несовершеннолетних с признаками заброшенности и жестокого
обращения)

Характерные признаки заброшенного ребёнка:

- неоднократные опоздания в школу или уклонение от обучения;
- жадно ест предложенную пищу или выпрашивает, ворует еду у посторонних;
- постоянная усталость, пассивность, ребёнок может заснуть на уроке или во время игр;
- замкнутость, отсутствие желания общаться, стремление к одиночеству или, наоборот, стремление обратить на себя внимание каждого взрослого;
- готовность ребенка уйти вместе с чужим человеком;
- ребёнка часто оставляют дома одного или запирают в помещении;
- заношенная, грязная одежда ребёнка;
- замедленное развитие движений, речи и т.д.

Возрастные особенности последствий жестокого обращения:

I. Дошкольники

Наиболее ранимы и беспомощны, обладают в наименьшей степени познавательными и поведенческими навыками для того, чтобы справиться с психотравмирующей ситуацией.

Особенности эмоций: эмоциональное оцепенение, паника, беспокойство, повышенные раздражительность, тревожность в отношениях с родителями или по поводу ситуации развода родителей.

Сознание: нарушение памяти, ограниченное понимание насилия, тревога за нарушения привычного образа жизни, в случае развода родителей желание воссоединения семьи.

Поведение: жалуется, плачет, повышенная раздражительность, уход в себя, пассивность, несдержанность, эгоизм, неразговорчивость, нарушения сна, ночные кошмары.

II. Младшие школьники

Обладают более широким спектром эмоциональных, познавательных, поведенческих возможностей для того, чтобы справиться с психотравмирующей ситуацией жестокого обращения. Могут предпринимать активные попытки сопротивления насилию.

Особенности эмоций: депрессия, унылое состояние, беспокойство, чувство вины и стыда, ответственность и беспомощность, беспокойство и повышенная чувствительность к сигналам об опасности, недоверие ко взрослым,

двойственные чувства по отношению к родителю, совершающему насилие (одновременно привязанность и сомнение).

Сознание: недостаточная способность сконцентрироваться, назойливые мысли и образы насилия, фантазии по поводу освобождения жертвы, попытка понять и оправдать насилие, желание воссоединения семьи, двойственное отношение к вопросу о разводе.

Поведение: пассивность, снижение успеваемости, жалобы на здоровье (боли в животе, головные боли и т. д.), агрессивность и жестокость, непослушание, вызывающее поведение, проигрывание травматической ситуации в ходе разговора или во время игры, нарушение отношений со сверстниками, формирование вредных привычек.

III. Подростки и юноши

Могут покидать семьи в раннем возрасте и проявлять антисоциальное и саморазрушающее поведение. Амбивалентное отношение к родителям может смениться благосклонностью к одному из них.

Особенности эмоций: самобичевание, чувство вины и стыда, гнев, ярость, гетеро- и аутоагрессия, депрессия, безнадёжность. Преданность одному из родителей, отсутствие сочувствия к другим, подозрительность и недоверие взрослым.

Сознание: назойливые мысли и образы насилия, трудности концентрации внимания, представление о том, что насилие – это нормально, перекладывание вины за свои действия на других.

Поведение: снижение школьной успеваемости, пропуски занятий без уважительной причины, побеги из дома, повышенная сексуальная активность, совершение правонарушений, антисоциальное поведение, алкоголизация, употребление наркотиков, негативное отношение к сотрудничеству со взрослыми, проявление насилия и оскорбление близких, взрывной и насильственный характер межличностных общений с окружающими.

Задачи, стоящие перед специалистом, оказывающим помощь ребёнку, пострадавшему от жестокого обращения и насилия.

- Основная цель — уменьшение и ликвидация травматических переживаний.
- Уменьшение у ребёнка чувства стыда, вины, бессилия.
- Укрепление у ребенка чувства собственной значимости.
- Формирование новых поведенческих установок.
- Обретение навыков самостоятельности.
- Научить обращаться за помощью.
- Развитие адекватного восприятия ребёнком собственного организма, самоопределения.
- Помочь ребенку понять и принять то, что забыть произошедшие травмирующие события нельзя, но жить с этим в новом качестве можно!

Как общаться с ребенком, если он говорит Вам, что подвергается насилию:

- Поговорите с ребенком, не игнорируйте его слова, при этом оставайтесь спокойными.
- Установите зрительный контакт при разговоре с ребёнком.
- Внимательно, спокойно и терпеливо выслушайте ребенка, проявив понимание и сочувствие. Приоритетным шагом является не немедленный и обильный сбор информации, а выслушивание ребёнка.
- Не отвергайте, не вините и не осуждайте ребенка за его действия.
- Скажите ребёнку, что в недостойном по отношению к нему обращении виноват не он, а тот человек, который допустил такое обращение.
- Укажите ребёнку, что он был прав, заговорив с вами о случившемся.
- Не преуменьшайте боль ребенка от случившегося. Не говорите, что ничего страшного не случилось.
- Скажите ребёнку, что вы сожалеете о том, что произошло и хотите ему помочь.
- Важно позволить ребёнку эмоционально расслабиться, высказаться, нужно проявить по отношению к нему заботу, показать его значимость и только потом принять решение по поводу дальнейших действий.
- Позаботьтесь об оказании ребёнку своевременной медицинской и психологической помощи. При необходимости обратитесь в органы опеки и попечительства или к инспектору по делам несовершеннолетних.

Что делать, если вы узнали или еще только подозреваете, что ребёнок подвергается жестокому обращению.

1. Позаботьтесь об оказании ребёнку своевременной медицинской и психологической помощи. При необходимости обратитесь в органы опеки и попечительства или к инспектору по делам несовершеннолетних.
2. Поставьте в известность администрацию детского учреждения.
3. Попросите психолога провести экспериментально-психологическое исследование и составить заключение, подчёркивая моменты, которые могут быть отнесены к признакам и/или последствиям жестокого обращения.
4. Обеспечьте ребёнку помощь других специалистов (воспитателя, педагога, завуча, социального педагога, медицинской сестры), каждый из которых составит необходимую профессиональную документацию по данному случаю.
4. Встретьтесь с родителями или другими близкими взрослыми, воспитывающими ребёнка (встреча может быть проведена при участии других специалистов и представителей администрации детского учреждения).
5. Обратитесь с заявлением в официальные органы — в Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН), подразделение по делам несовершеннолетних (ПДН), органы опеки и попечительства, прокуратуру.
6. Обратитесь в учреждения и организации, оказывающие психологическую, медицинскую, социальную и правовую помощь населению (это могут быть и

негосударственные организации, работающие с пострадавшими от преступлений вообще и насилия в частности).

На что обращать внимание при беседе педагогов с родителями
(маркеры возможного жестокого обращения)

- негативная установка по отношению к педагогам, психологам, отрицание и высмеивание превентивной работы, занятий по профилактике насилия, а также уклонение и пассивность при обсуждении проблемы безопасности детей;
- открытое выражение и отстаивание агрессивных «традиций» семейного воспитания, обращение к своему собственному детскому опыту;
- критика и выражение враждебности по отношению к ребёнку, перекладывание на него ответственности за его и собственные неудачи;
- путаные и противоречивые объяснения причин травм у ребёнка или отказ их комментировать;
- запоздавшее обращение за медицинской помощью для ребёнка, либо обращение за помощью под чьим-то давлением;
- преувеличение или преуменьшение тяжести травм у ребёнка;
- отсутствие тревоги и беспокойства за жизнь и здоровье ребёнка;
- отсутствие внимания, эмоциональной поддержки и ласки при общении с ребёнком;
- внешняя неопрятность родителя;
- несоблюдение норм и правил общения при беседе с педагогами и другими родителями, а также иные неадекватные действия, свидетельствующие о наличии проблем в сфере психического здоровья, проявления эмоциональной несдержанности, агрессивности и т.д.

Если вы обнаружили явные последствия жестокого обращения или заподозрили
возможное насилие в семье:

- Необходимо информировать пострадавшего ребёнка о его правах, о возможности обращения за помощью к специалистам и в различные организации: психологам, социальным работникам, органы опеки, правоохранительные органы и другие.
- В случае актуального насилия, в первую очередь, необходимо выяснить, в безопасности ли ребёнок сейчас. Если ситуация опасная, есть серьёзные травмы, вызывайте скорую помощь и полицию.
- При любом случае жестокого обращения и насилия в отношении ребенка необходимо сообщать информацию о нарушении его прав и интересов в органы опеки и правоохранительные органы.

ПАМЯТКА ДЛЯ ПЕДАГОГОВ

(профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних)

В зоне повышенного суицидального риска находятся:

- депрессивные подростки;
- подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками;
- подростки, когда-либо совершавшие суицидальную попытку, либо были свидетелем того, как кто-то совершил суицид;
- одаренные подростки;
- подростки с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девушки;
- подростки – жертвы насилия.

Диагностическими признаками суицидального поведения у несовершеннолетних могут являться:

1. *Уход в себя.* Будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда ребенок уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей.
2. *Капризность, привередливость.* Когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги.
3. *Депрессия.* Это глубокий эмоциональный упадок, когда люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом могут маскировать свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении.
4. *Агрессивность.* Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом ребенка обратить на него внимание, помочь ему.
5. *Саморазрушающее и рискованное поведение.* Некоторые суицидальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя “на грани риска”.
6. *Потеря самоуважения.* Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми.
7. *Изменение аппетита.* Отсутствие или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны рассматриваться как критерий потенциальной опасности.
8. *Изменение режима сна.* В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон.
9. *Изменение успеваемости.* Многие учащиеся начинают прогуливать, их успеваемость резко падает.

10. *Внешний вид.* Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, часто неопрятны, им совершенно безразлично как они выглядят.

11. *Раздача подарков окружающим, приведение дел в порядок.* Некоторые дети, планирующие суицид, предварительно раздают близким или друзьям свои вещи, другие приводят дела в порядок.

12. *Психологическая травма.* Каждый ребенок имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слову может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни могут показаться ребенку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, насилие, то у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

13. *Перемены в поведении.* Внезапные, неожиданные изменения в поведении несовершеннолетнего должны насторожить.

14. *Угроза.* Прямая угроза - «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых». Косвенные угрозы нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь». Например, «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!»

15. *Любое высказанное стремление уйти из жизни* должно восприниматься серьезно. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

16. *Активная предварительная подготовка:* собирание отравляющих веществ и лекарств, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, о загробной жизни как благе.

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессией, необходимо обращать внимание на ее типичные симптомы у несовершеннолетних:

1. Часто грустное настроение, периодический плач, чувство одиночества, бесполезности;
2. Вялость, хроническая усталость, безнадежность и беспомощность;
3. Снижение интересов к деятельности или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась;
4. Поглощенность темой смерти;
5. Постоянная скука;
6. Социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях;
7. Пропуск школы или плохая успеваемость;
8. Деструктивное (разрушительное, отклоняющееся) поведение;
9. Чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения, низкая самооценка и чувство вины;

- 10.Повышенная чувствительность к неудачам или неадекватная реакция на похвалы и награды;
- 11.Повышенная раздражительность, гневливость (зачастую из-за мелочей), враждебность или выраженная тревога;
- 12.Жалобы на физическую боль, например, боль в желудке или головную боль;
13. Сложности концентрации внимания;
14. Значительные изменения сна и аппетита (бессонница или сонливость, потеря аппетита или неконтролируемое обжорство).

Телефоны психологической помощи детям в кризисных ситуациях (бесплатно, круглосуточно):

8-800-2000-122 Всероссийский Детский телефон доверия

8-800-200-19-10 «Ребёнок в опасности» горячая линия Следственного комитета РФ

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

(профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних)

ВАЖНО ЗНАТЬ ОТНОШЕНИЕ ДЕТЕЙ К СМЕРТИ И ВОЗМОЖНОМУ САМОУБИЙСТВУ

■ до 5 летнего возраста у ребенка нет еще устойчивого представления о смерти как о чем-то необратимом. Умереть означает для ребенка в этом возрасте продолжать существование в какой-то другой форме. Хотя в 5 лет ребенок уже имеет представление о расставании, на смерть он реагирует скорее со страхом, протестом и с некоторым любопытством. У детей этого возраста еще нет конкретного понятия о времени. Слова «навсегда», «конец» или «окончательно» еще полностью ими не осознаются. Ребенку кажется, что смерть — это что-то вроде сна;

■ старший дошкольник имеет достаточно четкое представление о смерти, часто представляет смерть в образе скелета или привидения с косой. В младшем школьном возрасте часть детей считает смерть наказанием за зло. Другая часть детей относится к смерти как естественному концу жизни.

■ подростки полностью осознают неизбежность и окончательный характер смерти, они могут относиться к смерти спокойно и трезво как к естественному концу жизни. В других случаях он может занимать явную защитную позицию, представляя, например, суицид как возможность наказать родителей или жертву ради высокой идеи. Психическая организация подростка очень нестабильна, причем на всех уровнях: эмоций, чувств, интеллекта. Это и крайняя неустойчивость самооценки и при этом максимализм, и неадекватное представление о собственной компетентности, снижение настроения, тревожность, легко возникающие страхи. Подростку трудно вербализовать (объяснить) что с ним происходит, описать свое состояние или проблему.

БУДЬТЕ БДИТЕЛЬНЫ, ЕСЛИ ВЫ ЗАМЕТИЛИ ЗА СВОИМ РЕБЕНКОМ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

В СЛОВЕСНЫХ ВЫРАЖЕНИЯХ ■ прямо и явно говорит о смерти: «Я собираюсь покончить с собой», «Я не могу так дальше жить»; ■ косвенно намекает о своем намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться»; ■ много шутит на тему самоубийства; ■ проявляет нездоровую заинтересованность вопросами смерти.

В ПОВЕДЕНИИ: ■ раздает другим вещи, имеющие личную значимость, окончательно приводит в порядок дела, мирится с давними врагами; ■ стремится уединиться, закрыться в комнате от семьи и друзей; ■ демонстрирует необычное, нехарактерное поведение, радикальные перемены в поведении: • в еде — ест слишком мало или слишком много; • во сне — спит слишком мало или слишком много; • во внешнем виде — становится неряшливым; • в школьных

привычках — пропускает занятия; не выполняет домашние задания, избегает общения с одноклассниками; проявляет раздражительность, угрюмость, находится в подавленном настроении; • бывает чрезмерно деятельным или наоборот безразличным к окружающему миру; амбивалентным по отношению к жизни; попеременно ощущает то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния, безнадежности.

ОСНОВНЫЕ МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания;
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, партнера;
3. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в т.ч. связанного с насилием в семье, т.к. зачастую подросток считает себя виноватым в происходящем и боится рассказать об этом).
4. Боязнь позора, насмешек или унижения.
5. Страх наказания (например, в ситуациях ранней беременности, серьезного проступка), нежелание извиниться.
6. Чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство.
7. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации, повлиять на другого человека.
8. Сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов.

Вышеперечисленные мотивы могут отягощаться употреблением наркотиков, алкоголя, игровой или интернет-зависимостями!

ПОМНИТЕ!

Если ребёнка постоянно критикуют, он учится ненавидеть.

Если ребёнок живет во вражде, он учится агрессивности.

Если ребёнка высмеивают, он становится замкнутым.

Если ребёнок растет в упреках, он учится жить с чувством вины.

Если ребёнок в терпимости, он учится принимать других.

Если ребёнка часто подбадривать, он учится верить в себя.

Если ребёнка часто хвалят, он учится быть благодарным.

Если ребёнок живёт в честности, он учится быть справедливым.

Если ребёнок живёт в доверии к миру, он учится верить в людей.

Если ребёнок живет в обстановке принятия, он находит любовь в мире.

КАК СПОСОБСТВОВАТЬ РАЗВИТИЮ САМОУВАЖЕНИЯ И ЧУВСТВА СОБСТВЕННОГО ДОСТОИНСТВА У ДЕТЕЙ.

- Проявлять тепло и эмоциональный отклик во взаимоотношениях, оказывать поддержку во всём;
- Хвалите так, чтобы знал, за что;
- Создавать атмосферу эмоциональной привязанности в семье;
- Проявлять постоянную заинтересованность в ребёнке, заботу о нём;
- Снимать авторитарные позиции в общении с детьми. Директивный стиль отношений в семье не допустим!
- Избегать ортодоксальных суждений;
- Не сравнивать с окружающими;
- Уметь

признавать свои ошибки в общении с детьми. • Не подозревать дурного; • Не высмеивать; • Не выслеживать; • Не выспрашивать; • Не подшучивать; • Давать право на свой опыт; • Не принуждать к ответственности; • Создавать атмосферу покоя, доверия, безопасности в доме!

КАК УСТАНОВИТЬ ЗАБОТЛИВЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

• Доверяйте ребёнку, будьте с ним честными и принимайте его таким, какой он есть. • Используйте телесный контакт, • Обращайтесь к ребёнку по имени. • Демонстрируйте образцы уверенного поведения, будьте во всём примером ребёнку. • Не предъявляйте к ребёнку завышенных требований. Если ребёнку с трудом даётся какой-либо учебный предмет, лучше лишний раз помогите ему и окажите поддержку, а при достижении, даже малейших успехов, похвалите. • Не унижайте ребёнка, наказывая его, особенно при других людях; • Будьте последовательны в воспитании ребёнка, не противоречьте сами себе. • Старайтесь делать меньше замечаний, используйте наказание лишь в крайних случаях. • Общаясь с ребёнком, не подрывайте авторитет других значимых взрослых людей. Например, нельзя говорить ребёнку: «Много ваша учительница понимает, лучше меня слушай!» • Помогите ему найти дело по душе, где он мог бы проявить свои способности. • Обеспечьте ребёнку ощущение успеха. Ребёнка нужно сравнивать только с ним самим и хвалить его лишь за одно: за улучшение его собственных результатов!

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ, ЕСЛИ РЕБЕНОК СОВЕРШИЛ СУИЦИД?

1. В СЛУЖБУ ЭКСТРЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ТЕЛ. 112 ИЛИ 03.
2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В ПРОФИЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.
3. ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬСЯ НА ДЕТСКИЙ ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ 8-800-2000-122 (Звонок анонимный и бесплатный).

ПАМЯТКА (подросткам о суицидах)

Если вы заметили у друзей или знакомых изменения настроения, поведения, он оказался в ситуации насилия, позора, унижения, то **НЕ ПРОХОДИТЕ МИМО, ПОДДЕРЖИТЕ ИХ!**

ПОМНИТЕ, что в группе риска совершению суицида подростки, у которых: * сложная семейная ситуация; * проблемы в учебе; * мало друзей; * нет устойчивых интересов, хобби; * перенесли тяжелую утрату; * стали жертвами насилия; * семейная история суицида; * склонность к депрессиям; * употребляющие алкоголь, наркотики; * поссорились с любимой девушкой или парнем; * попали под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

КАК ОБЩАТЬСЯ С СУИЦИДЕНТОМ?

Поддерживайте доверительные взаимоотношения! Не осуждайте! Не спорьте! Будьте внимательным слушателем!

Не проявляйте агрессию! Задавайте прямые вопросы, расспрашивайте о сложившейся ситуации: *«Ты думаешь о самоубийстве?»*, *«С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?»*, *«Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства?»*, *«Если ты раньше думал о самоубийстве, что тебя останавливало»*. Не предлагайте неоправданных утешений! Предлагайте конструктивные подходы! Интересуйтесь! *«Что с тобой случилось за последнее время?»*, *«Когда ты почувствовал себя хуже»*, *«К кому из окружающих имели отношение возникшие перемены?»*. Поддержите! *«Мне кажется ты сейчас расплачешься»*, *«Ты все-таки взволнован»*, *«Были ли раньше у тебя такие переживания»*, *«Как ты с ними справлялся?»*, *«Ты важен для меня»*, *«Я хочу тебя понять»*. Вселяйте надежду! *«Как бы ты мог изменить ситуацию?»*, *«К кому ты мог бы обратиться за помощью?»* Не оставляйте друга одного! Будьте на связи! Уговорите друга сообщить родным и обратиться за помощью к специалистам!

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ?

Всероссийский Детский телефон доверия
8-800-2000-122 (бесплатно, круглосуточно). Горячая линия «Ребёнок в опасности» Следственного комитета 8-800-200-19-10.

В случае высокого риска суицида
СРОЧНО ЗВОНИТЕ В СЛУЖБУ ЭКСТРЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ТЕЛ. 112 или 03.

Будьте здоровы и берегите себя!



Телефоны психологической помощи

Телефон	Организация	График работы
8-800- 2000-122	Всероссийский Детский телефон доверия	бесплатно, круглосуточно
8-800-200-19-10	Горячая линия «Ребёнок в опасности» Следственного комитета РФ	бесплатно, круглосуточно
8-800-700-88-05	«Дети в семье» психологическая поддержка семей	с 10:00 до 20:00 и с 1:00 до 10:00 по Московскому времени
8 (926) 073-95-75	Служба поддержки людей групп риска (выпускников учреждений интернатного типа, одиноких и молодых матерей, приезжих из стран ближнего и дальнего зарубежья) БФ «Безопасный дом»	Круглосуточно
8-903-100-49-09	Горячая линия «Дети в беде»	Круглосуточно

Образец «Антисуицидального контракта»

Я, (Ф.И.О. ребенка) _____
выбираю жизнь и здоровье, вопреки любым чувствам, мыслям, обстоятельствам,
которые могут возникнуть.

Тем самым обязуюсь в течение срока работы с психологом и далее (оговоренный
срок контракта) с _____ по _____ не
предпринимать попыток самоубийства и попыток самоповреждения, какие бы
обстоятельства _____ не _____ сложились.
В случае принятия решения о самоубийстве обещаю еще раз обратиться к
консультанту чтоб обсудить возможные альтернативы поведения.

Так же в состоянии непреодолимого влечения к совершению суицидальных
действий я обязуюсь обратиться за помощью в кризисную службу или
прибегнуть к госпитализации.

Я, (Ф.И.О. психолога) поддерживаю данное решение (Ф.И.О. ребенка) и доверяю
ему.

Со своей стороны я буду оказывать ему необходимую психологическую помощь
в рамках своих компетенций и контракта с условиями.

Дополнения

Дата _____

Подписи сторон:

Клиент _____

Психолог _____

Упражнения и притчи

Упражнение 1 «Место покоя».

Участникам предлагается сесть удобней, закрыть глаза. Инструкция. «Представьте себе какое-то место, которое вам очень нравится. Это может быть место, где вы когда-то были, а может быть какое-то воображаемое место. В этом месте вы чувствуете себя абсолютно спокойно... Представьте его себе во всех деталях... Посмотрите вокруг, что вы видите... Прислушайтесь, возможно, до вас доносятся какие-то звуки... Сейчас у вас есть немного времени для того, чтобы побыть в этом месте... Это ваше место покоя... , а теперь ещё раз внимательно осмотритесь, сделайте глубокий вдох и открывайте глаза, можете потянуться ». После выполнения упражнения участникам предлагается поделиться впечатлениями. Важно обратить внимание на позитивные изменения самочувствия. Желающие могут рассказать о том, какое место они себе представляли. Далее ведущий говорит о том, что это место называется «местом покоя». Участникам предлагается написать своё место покоя или что-то, что напоминало им это место. После того как рисунки будут выполнены, желающие могут их показать. Ведущий говорит о том, что это упражнение позволяет регулировать свое состояние — успокоиться и восстановить силы.

Упражнение 2 «Отпусти обиду».

Закройте глаза, сосредоточьтесь на своём дыхании, представьте себе, что в руках у вас сильно зажатая в кулак обида. Напрягите руки. Почувствуйте напряжение и в кисти, и во всей руке. Разожмите кулак, расслабьте мышцы, отпустите обиды, чтобы они упали и рассыпались на мелкие части. Расслабьте руки. Ваша обида исчезла.

Притча 1. «Дети и река».

Один человек шел вдоль реки. Вдруг он увидел, как из-за поворота река выносит тонущих детей. Он бросился в реку и начал спасать их. Мимо проходил другой человек. Увидев происходящее, он тут же бросился на подмогу. Третий прохожий внимательно наблюдал какое-то время, потом быстро пошел дальше. — Куда же ты, почему не помогаешь нам? — Я вижу, что вы вдвоем справляетесь здесь. Посмотрю за поворотом реки, что происходит там, почему дети попадают в реку и постараюсь это предотвратить.

Притча 2. «В руках судьбы».

Великий японский воин по имени Нобунага решил атаковать противника, хотя врагов было в десять раз больше. Он знал, что победит, но его солдаты сомневались. По дороге он остановился у синтоистской святыни и сказал своим

людям: — После того, как я навещу святыню, я брошу монетку. Если выпадет орёл — мы победим, если решка — проиграем. Судьба держит нас в руках. Нобунага вошёл в святыню и молча помолился. Выйдя, он бросил монету. Выпал орёл. Его солдаты так рвались в бой, что легко выиграли битву. — Никто не может изменить судьбу, — сказал ему слуга после битвы. — Конечно, нет, — ответил Нобунага, показывая ему монетку, у которой с обеих сторон был орёл.

Притча 3 «Все в твоих руках».

Давным-давно в старинном городе жил Мастер, окружённый учениками. Самый способный из них однажды задумался: «А есть ли вопрос, на который наш Мастер не смог бы дать ответа?» Он пошёл на цветущий луг, поймал самую красивую бабочку и спрятал её между ладонями. Бабочка цеплялась лапками за его руки, и ученику было щекотно. Улыбаясь, он подошёл к Мастеру и спросил: — Скажите, какая бабочка у меня в руках: живая или мёртвая? Он крепко держал бабочку в сомкнутых ладонях и был готов в любое мгновение сжать их ради своей истины. Не глядя на руки ученика, Мастер ответил: — Всё в твоих руках.