



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – ЦЕНТР
ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»
Г.О. СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Семинар - совещание

«СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ. ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА»

Провели:
педагоги – психологи ЦДК
Евдокимов А.В.
Сидорова Е.А.

г. о. Сызрань 2018



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – ЦЕНТР ПСИХОЛОГО –
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»

Г.О. СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

***Программа проведения семинара – совещания
«Суицидальное поведение детей и подростков. Причины и
профилактика»***

Дата проведения семинара - совещания: 15.02.2018 г. и 01.03.2018 г.

Время проведения: 13.00 – 14.30

**Место проведения: ГБУ ЦППМСП «Центр диагностики и
консультирования»**

**Участники: педагоги-психологи образовательных организаций Западного
образовательного округа**

1. Регистрация участников.

2. Вступительное слово. Приветствие участников семинара - совещания.

Волкова Г.А., директор ГБУ ЦППМСП ЦДК

**3. Особенности суицидального поведения. Организация
профилактической работы в образовательной среде.**

Сидорова Е.А., педагог-психолог ГБУ ЦППМСП ЦДК

**4. Особенности психологического консультирования обучающихся,
имеющих суицидальные наклонности. Сопровождение обучающихся,
совершивших попытку суицида.**

Евдокимов А.В., педагог-психолог ГБУ ЦППМСП ЦДК

5. Подведение итогов. Обмен мнениями.

Особенности суицидального поведения детей и подростков

Сидорова Елена Алексеевна,
Педагог – психолог ГБУ ЦППМСП «ЦДК»

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

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности, выражающейся в мыслях, намерениях, высказываниях, угрозах, попытках, покушениях.

Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях и при акцентуациях характера – в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных или патохарактерологических реакциях.

Суицидальное поведение как девиация – это ситуационные поведенческие реакции, отклоняющиеся от различных норм. Психические состояния, нарушения в развитии личности, приводящие к дезадаптации подростка в социуме и нарушению самоактуализации, принятию себя в силу сложившихся неадекватных паттернов поведения.

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

Типы суицидального поведения

Демонстративное поведение. В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишиться себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, "осознать" свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде *порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.*

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

Истинное суицидальное поведение. Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий. Подросток готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют

причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к *повешению или прыгиванию с высоты*.

Самоубийство – слишком противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение на его совершение вызревает не мгновенно. Ему, как правило, предшествует более или менее продолжительный период переживаний, борьбы мотивов и поиска выхода из создавшейся ситуации. Невзирая на уникальность каждого отдельного случая, суициды имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей. Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода, переживание беспомощности и безнадежности, аутоагрессия, искаженное восприятие реальности – заикленность на проблеме ("туннельное зрение").

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения. В детском возрасте суицидальное поведение имеет характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано с желанием избежать наказания или стрессовых ситуаций.

Среди подростков самоубийства часто носят демонстративный характер, в том числе – шантаж. Большинство эксцессов совершаются после ссор с родителями и сверстниками. Более 49% суицидальных действий совершаются на фоне аффективных реакций или психических расстройств.

Психическая организация подростка неустойчива, причем на всех уровнях: интеллекта, чувств, эмоций. Подростки крайне нестабильны в самооценке и при этом – большие максималисты; они всегда сомневаются в своих знаниях и способностях, для них характерна частая смена настроения, тревожность. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

Суицидальные личности этой возрастной группы могут быть адекватно приспособленными к школе и полностью свободны от проблем, но в этом возрасте человек проходит хаотический кризис идентификации и/или борьбу за независимость. В подростковом сознании суицид часто не имеет истинных завершённых форм, а замыслы, мысли, попытки – это демонстративно-шантажное поведение. Большинство самоубийц, как правило, вовсе не хотели умереть, а только достучаться до кого-то, позвать на помощь, обратить внимание на свои проблемы. У подростков, также как и у взрослых, основной причиной суицида выступает социально-психологическая дезадаптация, но для них это не тотальные нарушения (крах смысла жизни, профессиональный кризис и др.), а нарушения в общении с близкими. Хотя среди подростков часты попытки самоубийства, только единицы из них достигают своей цели. Тем не менее, процент самоубийств в этой группе достаточно высок.

Наиболее предрасположены к суициду подростки, склонные к депрессиям (пониженному настроению), злоупотребляющие спиртными напитками, наркотическими и токсическими веществами, видевшие самоубийство или гибель кого-то из близких, плохо успевающие в школе, девочки после изнасилования или во время беременности, а также талантливые, неординарные подростки, не вписывающиеся в общество. Входящие в эту группу подростки в любой момент могут оказаться в ситуации, которая станет толчком к суициду. Для них характерны повышенная ранимость и ощущение себя изгоем в обществе – именно это и толкает их на самоубийство.

Причины суицидального поведения многообразны. Рассмотрим возможные мотивы суицидального поведения. Зачастую при суицидальном поведении могут сочетаться одновременно несколько мотивов.

Основные мотивы суицидального поведения несовершеннолетних можно разделить на следующие группы:

1. Лично - семейные конфликты

- ✓ оскорбления, обвинения, унижения со стороны родственников и окружающих;
- ✓ потеря «значимого» другого, развод родителей, смерть близких;
- ✓ неудовлетворенность поведением и личными качествами значимых людей;
- ✓ препятствия к удовлетворению возникшей актуальной потребности;
- ✓ одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;
- ✓ неудачная любовь, раннее начало половой жизни, беременность;
- ✓ недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
- ✓ нарушенные детско-родительские отношения.

Конфликты в личной и семейной сферах являются преобладающими мотивами суицидальных поступков. В тех случаях, когда мотив связан с одиночеством, потерей значимого другого, показатель летального исхода очень высок. Наоборот, в случаях неудачной любви или препятствий к удовлетворению ситуационной потребности - показатель смертельного исхода меньше, но больше покушений на самоубийство.

2. Состояние физического здоровья

- ✓ соматические заболевания;
- ✓ физические страдания;
- ✓ неизлечимость заболевания;
- ✓ уродства врожденные и приобретенные.

Удельный вес этого мотива самоубийств невелик, хотя наличие той или иной соматической патологии обнаруживается у значительной части суицидентов. Так, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, потеря органа или телесной функции приносят массу страданий и социальных ограничений и часто сочетаются с депрессией.

3. Состояние психического здоровья

- ✓ депрессивное состояние;
- ✓ патологические мотивировки;
- ✓ постановка психиатрического диагноза;
- ✓ зависимость от алкоголя, наркотиков.

Результаты исследований ВОЗ демонстрируют, что во многих случаях состояние человека на момент смерти в результате суицида соответствует диагнозу какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них - расстройства настроения (депрессия), зависимость от психоактивных веществ (алкоголизм и наркомания), расстройства личности и другие. Так, депрессия предшествует 45-70% суицидов; зависимостью от алкоголя страдает 10-22% умирающих в результате суицида. Почти в половине случаев имеет место сочетание нескольких из этих расстройств. Наиболее частой является комбинация зависимости от алкоголя или наркотиков и депрессии

4. Антисоциальное поведение

- ✓ опасение уголовной ответственности;
- ✓ боязнь наказания или позора;
- ✓ переживания раскаяния, стыда за совершенный проступок.

При боязни уголовной ответственности суицидальные действия людей более серьезны, чем при опасениях иного наказания за правонарушение.

5. Материально - бытовые трудности

- ✓ неудовлетворительные жилищно-бытовые условия;
- ✓ денежный долг, проигрыш в карты.

6. Конфликты в образовательной организации

- ✓ конфликты с педагогами;
- ✓ конфликты с обучающимися, изоляция в коллективе.

Суицидальные действия, обусловленные данным мотивом, встречаются редко. Отмечается, что объективно жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность подавляющего большинства самоубийц оцениваются как хорошие или удовлетворительные. Речь, скорее всего, идет о завышенных притязаниях.

А.Е. Личко указывает на определённую связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По его мнению, при демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями *истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов*, 32% – *эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов* и лишь 18% – представители всех других типов. В большинстве случаев суицидальные посягательства совершались представителями *сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов*.

Суицидальный риск повышают такие факторы как:

1. Социально-демографические:

- отсутствие отца в раннем детстве;
- «матриархальный» стиль отношений в семье (сильное влияние матери);

- отсутствие внимания, отверженность в детском и подростковом возрасте;
- чрезмерная опека, воспитание по типу «кумир семьи»;
- воспитание в семье с «алкогольным климатом»;
- частые скандалы в семье;
- развод родителей;
- при наличии родителей воспитание в детском доме;
- наличие в семье психически больных;
- наличие в семье случаев самоубийств, попыток самоубийств или суицидальных угроз со стороны близких родственников.

2. Биографические:

- побег из дома;
- частая смена мест учебы;
- злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами;
- совершение суицидальных попыток в анамнезе;
- серия «провалов» в подростковом возрасте: неудачи в обучении, изоляция в коллективе;
- наличие друзей, совершивших самоубийство.

3. Индивидуальные:

- импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость;
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления;
- отсутствие целеустремленности или чрезмерная настойчивость в достижении поставленной цели;
- аффективная неустойчивость или эмоциональная застреманность;
- чрезмерная общительность или недостаточная коммуникабельность;
- повышенная или пониженная самооценка;
- социальная незрелость и морально-этическая неустойчивость;
- подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Решающими являются не конкретные характеристики личности, а степень целостности структуры личности: "сбалансированность" ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск характерен для дисгармоничных личностей, причем как с утрированным развитием отдельных характеристик, так и их недостаточной выраженностью. Чем дальше от средних значений, тем выше риск.

В настоящее время обращает на себя внимание возможное влияние контента различных Интернет-ресурсов на суицидальное поведение их посетителей. Систематических исследований по поводу влияния указанных источников на суицидальные действия пользователей пока недостаточно, хотя очевидно, что сайты, пропагандирующие суицид, могут способствовать соответствующему выбору человека, находящегося в кризисе.

Учитывая вышесказанное, мы можем определить следующую группу риска:

- Подростки, имеющие предыдущую (незаконченную) попытку суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент достигает 30%.
- Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).
- Подростки, у которых в роду было суицидальное поведение и суициды.
- Алкоголизированные подростки. Риск суицидов очень высок. Среди молодых людей его вклад может быть до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях, способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.
- Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением подростка, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.
- Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).
- Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).
- Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после потери.
- Подростки, у которых выраженные семейные проблемы: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т.п.

Наиболее распространенными признаками суицидального поведения являются:

- *Уход в себя.* Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Скажем больше, в подростковом возрасте это желание является естественным. Подростки начинают задумываться о смысле жизни, выстраивать свой мир, свое пространство и ограничивают доступ в него близких родственников. Например, на двери комнаты подростка может появиться табличка «Не входить, охраняемая территория». При этом мы должны помнить (рассказать родителям), если замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда подросток уходит в себя, сторонится близких друзей, это может быть симптомом самоизоляции, бегства от какой-то «невыносимой» ситуации.
- *Частые смены настроения.* Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние у подростков может быть вызвано

погодой, самочувствием, усталостью, информационной перегрузкой, влюбленностью, школьными или семейными неурядицами и т.п. Но когда вы наблюдаете, что настроение подростка чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги.

- *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 агрессивного подростка. Обратите внимание на детей и подростков, у которых в последнее время повысилась агрессивность, были нехарактерные для них вспышки гнева, ярости.

- *Нарушение аппетита.* Отсутствие или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно бывают связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Наличие подобной проблемы педагог-психолог может прояснить у родителей.

- *Раздача подарков окружающим.* Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. У подростков происходит обесценивание того, что раньше было значимым. Это проявляется либо через раздачу вещей (дисков с играми, музыкой, любимой одежды или коллекции постеров и др.), или через игнорирование этих ценностей (ходит только в одной одежде, остальное висит в шкафу; не слушает любимые музыкальные диски, не смотрит любимые передачи и т.п.) Как показывает опыт, это — прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

- *Психологическая травма.* Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К «срыву» может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими, моральными и интеллектуальными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться подростку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

- *Перемены в поведении.* Необычное, нехарактерное для данного человека поведение. Внезапные, неожиданные изменения в поведении подростка должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый ученик неожиданно для окружающих начинает много шутить, смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве или психологической травме, а подросток

стремиться скрыть свои переживания под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни, снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий, наведение несвойственного порядка во всём, примирение с давними врагами.

- *Открытые и косвенные высказывания о нежелании жить:* «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придётся обо мне волноваться», «Мне нельзя помочь» и т.п. Косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку и установка соответствующего прощального статуса в социальных сетях, появление среди сверстников с петлей на шее из подручных средств. Если подросток открыто или косвенно высказывает намерение уйти из жизни - это должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях со стороны педагога-психолога недопустимо невнимание к суициденту. Подобные реакции только подтолкнут его к исполнению угрозы. Необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, не отпуская из своего кабинета, пока не будет оценена степень риска (затем действовать в соответствии со схемой сопровождения в рамках каждой степени риска), проинформировать родителей, в случае необходимости проконсультироваться у специалистов-медиков (по телефону).

- *Активная предварительная подготовка.* Она реализуется через активные действия: фиксация на теме смерти в литературе и живописи, собирание информации об отравляющих веществах и лекарствах (других способах самоубийства) через анализ специфической литературы или Интернет, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни, написание предсмертных записок и т.п.

- *Депрессия.* Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Что касается подростков, то они становятся замкнутыми, уходят в себя, при этом могут маскировать свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго могут не замечать перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях — прямой и открытый диалог, прояснение причин эмоционального упадка.

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

- ✓ Часто грустное настроение, периодический плач.
- ✓ Безднадежность и беспомощность.
- ✓ Снижение интересов к деятельности или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась.
- ✓ Поглощенность темой смерти.
- ✓ Постоянная скука.
- ✓ Социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях.
- ✓ Пропуски уроков или плохая успеваемость.

- ✓ Деструктивное поведение.
- ✓ Низкая самооценка и чувство вины.
- ✓ Повышенная чувствительность к отвержению и неудачам.
- ✓ Повышенная раздражительность, гневливость или враждебность.
- ✓ Жалобы на физическую боль, например, боль в желудке или головную боль.
- ✓ Сложности концентрации внимания.
- ✓ Значительные изменения сна и аппетита.

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков указывает, что у ребенка может быть депрессия и ему нужна помощь специалиста.

Организация профилактической работы в образовательной среде

Учитывая остроту и актуальность затронутой проблемы, а также в целях профилактики и предупреждения суицидальных проявлений у детей и подростков предлагается:

1. Систематически при планировании учебно-воспитательной работы в образовательной организации предусматривать профилактические мероприятия по предупреждению суицидальных проявлений у обучающихся как в образовательной организации в целом, так и каждым педагогом в отдельности. Целесообразно наличие отдельного плана по профилактике деструктивных явлений, включая профилактику суицидальных проявлений.

2. Педагогам-психологам образовательных организаций регулярно (не менее 1 раза в год, предпочтительно, в начале учебного года) проводить скрининговую диагностику обучающихся с целью выявления «группы риска» суицидального поведения для включения ее в коррекционную работу. Диагностические мероприятия подразумевают использование метода наблюдения, сбор анамнестических данных и специальных психологических методик.

3. Активизировать работу психолого-медико-педагогических консилиумов образовательных организаций в части координации профилактических мер педагогического коллектива по предотвращению суицидальных проявлений у детей (разработка коррекционных программ по снижению уровня личностной тревожности, одиночества как у группы детей со сходными состояниями, так как у отдельных обучающихся, формирование педагогами через различные формы педагогического воздействия правильного представления у подростков о ценности жизни; планирование и проведение психологических тренингов, направленных на повышение уровня эмоциональной и волевой устойчивости у детей и подростков, формирование позитивного отношения к жизни).

Выявление «группы риска» по суицидальному поведению необходимо начинать с психодиагностического обследования, которое должно охватывать всех обучающихся.

Этот этап должен включать в себя **анализ наследственных данных**: наличие самоубийств или попыток самоубийства у родителей, близких родственников, состояние их психического здоровья, предрасположенности к алкоголизму; наличие попыток самоубийства у самого обучающегося (сведения, полученные в ходе беседы). При наличии попыток - данные о степени тяжести самоповреждения, характер и способы насильственных действий, мотивы и поводы покушения.

На следующем этапе необходимо обязательное **изучение особенностей черт характера**. При первых встречах и беседах с обучающимися важно заметить и оценить те признаки в их поведении, которые можно охарактеризовать как факторы риска: дефекты речи, моторики, слабое физическое развитие, плохое знание русского языка, перенесенные травмы, различные инфекционные заболевания. В дальнейшем желательно выявить лиц с повышенной раздражительностью и впечатлительностью, легкостью развития аффектов, легкомысленностью суждений, робостью, застенчивостью, выраженным чувством собственной неполноценности, преувеличением недостатков, принижением успехов и достоинств, крайне болезненным реагированием на грубость и бестактность, неспособностью защитить себя. Высока степень риска самоубийств у такого типа людей как социально-ведомые. Люди этого типа почти всегда следуют чьим-то указаниям, отличаются большой раздражительностью, их способность к самостоятельному принятию незначительных в жизненном плане решений резко снижена. Данный тип личности имеет определенную криминогенную направленность, социальные отклонения, а также большой риск намерения уйти из жизни. Диагностический инструментарий представлен в Приложении 1.

На протяжении всех периодов обучения необходимо осуществлять работу по профилактике суицидов. Это совместная деятельность классных руководителей, социальных педагогов, психологов и медиков. Важно сформировать у обучающихся высокую нравственность, чуткость, ценностные ориентации, взгляды, привычки. Одна из главных задач – создание у них уверенности в своей социально-правовой защищенности, возможности преодолеть жизненные невзгоды. Немаловажное значение имеет правовое воспитание, разъяснение им прав и обязанностей по защите личных интересов, оказание помощи в решении семейно-бытовых проблем.

Поскольку 45% попыток и завершенных самоубийств совершается на почве лично-семейных конфликтов, необходимо:

- знать и анализировать обстановку в семьях обучающихся;
- деликатно проводить работу по стабилизации отношений в неблагополучных семьях;
- организовать проведение цикла бесед о культуре семейно-бытовых отношений, консультации психологов.

Профилактическая работа в целях предотвращения суицидального поведения детей и подростков в образовательной среде должна охватывать три направления:

- Работа с обучающимися,
- Работа с педагогическим коллективом,
- Работа с родителями (законными представителями).

Такая работа имеет несколько профилактических уровней: общий, первичный, вторичный и третичный.

Первый уровень – общая профилактика.

Задачи **общей профилактики суицида**: повышение групповой сплоченности детских и педагогического коллективов, оптимизация психологического климата в образовательной организации.

Они могут быть реализованы в следующих мероприятиях:

- ✓ диагностика ученических и педагогического коллективов с целью уточнения особенностей социально-психологического климата;
- ✓ тренинги сплочения и коммуникативной компетентности в детских коллективах;
- ✓ групповые занятия по профилактике эмоционального выгорания для педагогов; а также другие мероприятия для оптимизации психологического климата (акции, психологические игры, конкурсы и пр.).

На этапе общей профилактики отдельных мероприятий, посвященных тематике самоубийств, нет. Все проводимые на этом этапе мероприятия направлены на содействие адаптации ребенка и взрослого в учреждении образования.

Адаптация — это состояние динамического соответствия, равновесия между живой системой (человеком) и внешней средой. В норме все субъекты учебно-воспитательного процесса должны адаптироваться к условиям образовательного учреждения, причем на трех уровнях: физическом, психическом и социальном.

В целях эффективной *физической* адаптации учреждение образования соблюдает режим учебного процесса с учетом возрастных особенностей, рассадку детей в классе с учетом рекомендаций врача, организует питание в школе и др.

Психологической адаптации будет содействовать наличие благоприятного психологического климата в учреждении образования, психологическое здоровье педагогов и других субъектов образовательного процесса, учет индивидуальных особенностей учеников и педагогов в процессе организации деятельности, возможностей личностной реализации и др.

Для эффективной *социальной* адаптации важным является наличие сплоченного педагогического и классного коллектива, общие для всего учреждения образования правила и нормы, традиции, ценности и др.

Мероприятия в рамках общей профилактики будут работать на поддержку адаптации, автоматически формируя (усиливая уже имеющиеся) антисуицидальные барьеры.

Для обучающихся можно предложить следующее: классные часы «Жизнь прекрасна» (цикл занятий, посвященных жизненным ценностям); акции и флэш-мобы («День улыбок», «Счастье есть!», «Жизнь замечательных людей», «День без конфликтов» и др.).

В рамках акций можно провести конкурс фотографий (темы жизненных ценностей), диспуты для старшеклассников («От противостояния к пониманию!»), совместные уроки с учителями истории, русского языка и литературы.

Эффективным будет обучение медиаторов (волонтеров) из числа подростков оказанию кризисной помощи (антикризисные, информационные бригады). Что касается специфической диагностики, выявляющей суицидальный риск, то на этом этапе специально она не проводится. Для первичного выявления достаточно наблюдения и анализа (с опорой на маркеры суицидального риска) уже имеющегося диагностического материала.

Задачи психолога на этапе общей профилактики суицида.

1. Изучение особенностей социально-психологического статуса и адаптации обучающихся с целью своевременной профилактики и эффективного решения возникших трудностей.

2. Участие в создании системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп (система волонтеров, медиаторов по разрешению конфликтов, педагогическая поддержка, психологическое консультирование и др.).

3. Участие в разработке и проведении общешкольных и классных мероприятий, целью которых будет содействие формированию позитивного образа Я, уникальной и неповторимой личности, коммуникативной компетентности, ценностного отношения к жизни и др.

Второй уровень – первичная профилактика.

Первичная профилактика суицида осуществляется в отношении детей и подростков группы риска, имеющих в наличии три и более факторов суицидального риска. Мы не можем говорить о том, что эти дети обязательно будут реализовывать суицидальные намерения. Но, учитывая наличие комплекса суицидальных факторов, необходимо в отношении этой группы осуществлять профилактические меры.

В первую очередь, необходимо провести комплекс мероприятий, содействующих *повышению компетентности педагогов и родителей* в области распознавания маркеров суицидального риска, а также *оказать поддержку детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.*

В рамках повышения компетентности педагогов и родителей следует разработать для них памятки, в которых будет содержаться информация, как распознать острое кризисное состояние у ребенка и что делать, если ребенок высказывает суицидальные намерения. Для этой же аудитории целесообразно пригласить медицинских работников с лекцией по проблематике депрессии и суицидального риска. По вопросам проблемных

взаимоотношений с ребенком для родителей и педагогов должна быть организована консультативная психологическая помощь.

Каждый случай нужно оценить с точки зрения сложности, распределить ответственность, решить вопрос привлечения других специалистов (медиков, инспектора по делам несовершеннолетних, специалиста по вопросам опеки и попечительства, юриста и др.), определить примерные сроки, в течение которых будут решены проблемы ребенка, и пр. По сути, это обычная работа по сопровождению подростков группы риска, где дополнительной задачей является профилактика суицидального риска.

Для группы риска уже необходимо проведение *более подробного диагностического обследования*, тем более что это является частью психолого-педагогического сопровождения. В целях выявления акцентуаций личности рекомендуется использовать патохарактерологический опросник Личко. По данному тесту определение неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным может служить прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации и, вследствие углубления конфликта, риск развития саморазрушающего поведения.

Работа с семьей подростка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние, должна носить комплексный характер. Как правило, если в семье есть реабилитационные ресурсы, заинтересованность в помощи, отсутствует фактор алкоголизации, педагог-психолог может справиться сам. Если мы столкнулись с неблагополучной, алкоголизированной семьей или семьей, в которой один из родителей имеет психиатрический диагноз, необходимо разделить ответственность (на консилиуме) с другими специалистами службы сопровождения, медиками и др.

Задачи психолога на этапе первичной профилактики суицида.

1. На основании анализа наблюдений, текущей диагностики, жалоб учителей, запросов родителей выделить подростков группы риска, в том числе имеющих комплекс суицидальных факторов (по нашему опыту, почти у всех подростков группы риска или находящихся в социально опасном положении он есть).

2. Провести дополнительную диагностику, позволяющую оценить патохарактерологические особенности, уровень тревожности и агрессивности, степень дезадаптации, степень риска по суициду.

3. Провести анализ диагностических данных с выходом на рекомендации.

4. Участвовать в работе консилиума.

5. Участвовать в разработке и реализации индивидуальных программ сопровождения. Включить подростков группы риска в индивидуальные и групповые занятия, целью которых будет: отреагирование эмоционального напряжения, реабилитация коммуникативной

компетентности, реабилитация образа Я, развитие фрустрационной толерантности, ранняя профилизация и др., то есть осуществить то, что обычно делает педагог-психолог в рамках коррекционного направления психолого-педагогического сопровождения.

6. Реализовать свою часть работы с семьей подростка.

7. Разработать памятки для родителей и педагогов (как распознать острое кризисное состояние у ребенка и что с этим делать).

8. Организовать встречи педагогов и родителей с другими специалистами.

Третий уровень – вторичная профилактика

Вторичная профилактика осуществляется с группой обучающихся, находящихся в трудной жизненной ситуации и высказывающих суицидальные намерения. То есть работать с теми, кто косвенно (через записки, дневниковые записи, словесные ключи), или прямо говорит о желании самоубийства. Основная задача — предотвращение суицида.

В первую очередь, перед педагогом-психологом стоит задача оценки риска самоубийства. Существует три степени риска: незначительный (наличие суицидальных мыслей без определенных планов), средней степени (наличие суицидальных мыслей, наличие плана без сроков реализации), высокий (есть мысли, разработан план, есть сроки реализации и средства для этого). Оценить степень риска педагог-психолог может, используя следующие диагностические методы:

- Карта риска суицида Шнейдер,
- Опросник суицидального риска Разуваевой,
- Шкала безнадежности Бека.

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОПЫТКУ СУИЦИДА НЕОБХОДИМО:

- Информирование родственников подростка о возможном суициде.
- Обеспеченность непрерывного наблюдения за подростком, как в образовательной организации, так и в семье.
- Обеспечение консультации детского психиатра или психотерапевта.
- Специализированное лечение у психотерапевта.

Для педагогов надо организовать индивидуальные и групповые консультации, целью которых будет разработка стратегии взаимодействия с группой риска на период преодоления кризисной ситуации. Для родителей — индивидуальные консультации.

В случае необходимости оказания психотерапевтической помощи семье у психолога должна быть информация, которую он сможет предоставить родителям (телефон, адрес, условия оказания помощи).

Педагоги и школьный персонал, которые могут быть включены в суицидальный случай, нуждаются в выражении своих чувств, переживаний. Им должна быть предоставлена возможность групповой или индивидуальной консультации, в том числе с приглашенными специалистами, так как педагог-психолог или социальный педагог также могут быть включенными в кризисную ситуацию и нуждаться в помощи.

Чтобы решить подобные задачи можно организовать в районе добровольную антикризисную бригаду, куда войдут различные специалисты (психолог, социальный педагог, врач, юрист и др.), обученные кризисной помощи. К специалистам антикризисной бригады могли бы обратиться педагоги за помощью и тогда, когда у них уже произошел суицидальный случай. Кроме этого, все включенные в суицидальный случай субъекты должны внести предложения относительно стратегий и индивидуального плана работы.

Может так произойти, что все ваши действия и шаги не изменят намерения суицидально настроенного подростка и он попытается совершить или совершит задуманное. В этом случае перед специалистами встанет дополнительная задача сопровождения одноклассников, сверстников, педагогов и родных несостоявшегося (или состоявшегося) самоубийцы.

Четвертый уровень – третичная профилактика

Третичная профилактика предполагает мероприятия, снижающие последствия и уменьшающие вероятность парасуицида, социальную и психологическую реабилитацию суицидента и его социального окружения.

В первую очередь адресатом этого профилактического уровня становятся дети или подростки, совершившие попытку суицида. Важно серьезно относиться к подобным действиям, так как при условии сохранения источника боли (фрустрации, конфликта и т.п.) подросток может предпринять вторую попытку «бегства» от проблемы.

Наиболее опасным периодом считаются 1–3-я недели после первой попытки. По мнению Д.С. Исаева и К.В. Шерстнева, существуют три главных компонента ближайшего постсуицида:

- актуальность конфликта,
- степень фиксированности суицидальных тенденций,
- отношение к совершенной попытке.

Задача специалистов получить информацию по каждому из компонентов, чтобы предвидеть дальнейшее развитие событий.

Исаев и Шерстнев выделяют *четыре типа постсуицидальных состояний*.

Критичный. Конфликт утратил актуальность. Суицидальных тенденций нет. Характерно чувство стыда за суицидальную попытку, страх перед возможным смертельным исходом. Рецидив маловероятен.

Манипулятивный. Актуальность конфликта уменьшилась, но за счет влияния суицидального действия. Суицидальных тенденций постсуицида нет. Характерно легкое чувство стыда, страх смерти. Высока вероятность того, что и впредь при решении конфликтов суицидент будет прибегать к этому способу скорее демонстративно шантажного характера.

Аналитический. Конфликт при рассматриваемом типе постсуицида актуален, однако суицидальных тенденций нет. Характерно раскаяние за покушение. Подросток будет искать способы решения конфликта, если не найдет — возможен рецидив, но уже с высокой вероятностью летального исхода.

Суицидально-фиксированный. Конфликт актуален, причем характерно сохранение суицидальных тенденций. Отношение к суициду положительное. Это самый опасный тип, при котором необходимы тесное взаимодействие с суицидентом и жесткий контроль.

Таким образом, мы видим, что по-прежнему основной мишенью работы специалистов остается причина (кризисная ситуация, конфликт и др.), толкающая ребенка или подростка к страшному решению. Поэтому, кроме психолого-педагогического сопровождения суицидента и его окружения, необходимо возвращение к источнику проблемного поля и выработка стратегий разрешения кризисной ситуации. Мы должны четко понимать, что если бы проблемы решились раньше, не было бы и попытки суицида.

При организации третичных профилактических мероприятий в образовательной организации после совершения фатального суицида большое значение имеет помощь знакомым самоубийцы в преодолении боли и для предотвращения подражания и имитации. Социальное окружение подростка-суицидента, как правило, испытывает вину после случившегося, считая, что не услышали зов о помощи, не смогли предотвратить самоубийство. По мнению К. Лукаса и Г. Сейдена, обращение к несовершеннолетнему другу самоубийцы -это разговор со следующей жертвой суицида. Цель подобных диалогов — дать возможность юношам и девушкам (педагогам, включенным в ситуацию) поговорить об умершем, снять запрет на обсуждение причин самоубийства, предотвратить его последующую идеализацию и романтизацию.

Если самоубийство официально признается причиной смерти подростка, тогда в уведомлении о причине смерти в среде обучающихся (особенно задающих вопросы) должно звучать слово «самоубийство», а не «несчастный случай» или «неизвестная причина смерти». Однако, ни в коем случае не должно быть упоминания средств совершения самоубийства.

Примерный порядок действий педагога-психолога образовательной организации в случае диагностирования у обучающегося высокой степени суицидального риска

1. Информировать о суицидальных мыслях/намерениях, выявленных у обучающегося, его родителей (законных представителей), администрацию ОО.

2. Рекомендует родителям незамедлительно проконсультировать ребенка у врача-психиатра (в амбулаторном порядке по территориальному принципу).

3. Оказывает психологическую помощь обучающемуся.

4. В случае отказа родителей от консультации ребенка у врача-психиатра, данный отказ оформляется в письменном виде и руководитель образовательной организации уведомляет об этом территориальную комиссию по делам несовершеннолетних.

Примерный порядок действий педагога-психолога образовательной организации в случае предпринятой незавершенной суицидальной попытки обучающегося

1. Информировать о предпринятой суицидальной попытке обучающегося его родителей (законных представителей), администрацию ОО.

2. Совместно с родителями (законными представителями) обучающегося, классным руководителем, медицинским работником образовательной организации в день совершения суицидальной попытки обучающегося организует его направление на консультацию к врачу-психиатру в амбулаторном порядке, либо вызывает бригаду скорой неотложной помощи в зависимости от степени тяжести состояния обучающегося для решения вопроса о его возможной госпитализации.

3. Проводит диагностическую и коррекционную работу в образовательной организации, в первую очередь, с обучающимися класса (группы), в котором произошла суицидальная попытка. По результатам диагностики нервно-психического состояния при необходимости проводит групповую и индивидуальную работу с обучающимися, их родителями, педагогами и специалистами ОО, взаимодействуя при этом с медицинским психологом психоневрологической больницы (диспансера).

4. После оказания специализированной медицинской помощи обучающемуся организует его дальнейшее психолого-педагогическое сопровождение в условиях образовательной организации с учетом рекомендаций, указанных в выписке (справке).

Данные принципы, этапы, критерии эффективности и уровни психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся, могут быть использованы в качестве основы для создания собственной модели, разработанной на основе педагогического опыта специалистов образовательной организации любого типа.

Приоритетной задачей педагога-психолога образовательной организации является работа на первом уровне (общей профилактики) с целью оптимизации психологического климата в образовательной организации, повышения групповой сплоченности детского и педагогического коллективов.

Особенности психологического консультирования обучающихся, имеющих суицидальные наклонности. Общие принципы интервенции

*Евдокимов А.В.,
Педагог – психолог ГБУ ЦППМСП «ЦДК»*

Слово «интервенция» происходит от латинских слов *inter* (между) и *venire* (приходить). Суицидальная интервенция, являясь «вхождением между», представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом или экзистенциальном кризисе.

Самоубийство кажется отталкивающим событием для посторонних наблюдателей, опустошительным для родственников и душераздирающим для имеющих к нему профессиональное отношение. Поэтому, к несчастью, эта тема может совсем не обсуждаться, даже если люди угрожают покончить с собой. Быть может, потому, что некоторые свидетели суицидальных тенденций не хотят попасть в затруднительное положение. Безразличие, которое явно прочитывается в этом отношении, естественно, не имеет ничего общего с беспристрастностью и непредвзятостью. Особенно опасно, если равнодушная и бесчувственная позиция окружающих сталкивается с чувствительной и взволнованной личностью. Это отношение только подтверждает подозрения, что никто не может оказать реальной помощи.

Из-за религиозных и исторических табу, наложенных на суицид, многие люди относятся к суициденту с предубеждением и нетерпимостью. Когда в их присутствии высказывается суицидальная угроза, они отвечают: «Вы не можете сделать это. Это противно Богу и несовместимо с верой».

Следует иметь в виду, что потенциальные суициденты и так страдают от невыносимого чувства вины. Если потенциальный помощник говорит о суициде как о чем-то аморальном, то он не только блокирует обсуждение этого вопроса, но может усилить и без того тягостное для человека уныние и депрессию. Важно помнить, что для суицидента саморазрушение ни в коем случае не представляет собой теологической проблемы, а является результатом невыносимого эмоционального стресса.

Люди с суицидальными тенденциями испытывают не только печаль, тоску, уныние и разочарование, но могут проявлять враждебность к своему окружению. Очень часто, к сожалению, семья и друзья в ответ реагируют негодованием, допускают в беседе бурлящие эмоциями доводы, которые только толкают рассерженных людей к еще большему неистовству. Они

могут сосредоточиться на инфантильности депрессивной личности, а не на истинной, заботливой и поддерживающей встрече с отчаянием. Часто вслед за исчезновением раздражения может быть потеряна и жизнь близкого человека.

В целом можно выделить следующие **задачи консультанта**:

- уловить «сигналы», оповещающие о наличии суицидальных мыслей или тенденций;
- оценить степень опасности (летальности) ситуации;
- проявить мягкую, осторожную заботу о клиенте, помочь в принятии решения в пользу образа действий, исключающего самоубийство, хотя бы на данный момент времени.

Главным методом в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная беседа. Желательно спланировать беседу таким образом, чтобы никто не прерывал ваш разговор. Исключено присутствие посторонних лиц.

Беседа психолога с клиентом, решившимся на суицид, включает четыре этапа.

Содержанием **первого этапа** является установление эмоционального контакта с клиентом, взаимоотношений сопереживающего партнерства, предоставление возможности клиенту выговориться с целью вентиляции его чувств.

Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника. Не прерывайте клиента. Для того чтобы удержать его в контакте и не оборвать ту ниточку, которая еще связывает его с жизнью, необходимо принять злость и манипулятивные действия с его стороны.

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

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

На **втором этапе** беседы необходимо с помощью вопросов установить последовательность событий, которые привели к кризису, для того чтобы в сознании клиента сформировалась объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации в ее развитии. Клиенту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния («Что именно в этой ситуации так вас ранит?» или «Что делает выше положение, вашу жизнь сейчас безвыходной?»). Этот прием помогает осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями клиента. Побудите его выразить свои чувства в связи с

проблемной областью его отношений.

Важно выяснить, что усиливает кризис, а что нет: «А что по этому поводу думают ваши родные, друзья?»; кому приписывается вина за происходящее: «Какие части проблемной ситуации вызваны вами, а какие - другими людьми?».

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.

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

Кроме того, необходимо снять у клиента ощущение безысходности. Имеет смысл применить **прием «Преодоление исключительности ситуации»**, который используется в случае, когда клиент считает, что критическая ситуация складывается только у него в силу его личностных недостатков и ошибочных действий. Психолог может тактично подвести клиента к мысли, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто. При этом важно не обесценить проблему клиента, представив ситуацию как банальную. Эффективен на данном этапе и **прием «Поддержка успехами и достижениями»**. Рассказывая о себе, клиент может сообщить и о своих трудностях, которые ему приходилось преодолевать. Психологу важно подчеркнуть эти успехи для того, чтобы сформировать у собеседника представление о себе как личности, способной к преодолению трудностей.

Прием «Подкрепление позитивных настроений» используется, если клиент упомянул о каких-либо своих позитивных действиях или окрыленных надеждой мыслях, помогите ему осознать их (например, если он говорит о том, что собирался убить себя, но сначала решил позвонить вам — усильте этот позитивный момент, скажите, что рады, что он поступил именно так).

Прием «Структурирование ситуации» осуществляется с помощью соответствующих вопросов. В сознании клиента формируется объективная и последовательная картина психотравмирующей ситуации в ее развитии. Психолог-консультант может тактично подвести клиента к мысли, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто. Однако некоторые исследователи подчеркивают, что этим приемом следует пользоваться очень осторожно, так как он может нарушить общение, если клиент вместо поддержки услышит заявление типа: «Ваша ситуация банальна».

Если в ходе беседы клиент продолжает активно высказывать суицидальные мысли, его необходимо во что бы то ни стало убедить в том, что тяжелое эмоциональное состояние явление временное, что его жизнь нужна родным, близким, друзьям и его уход из жизни станет для них тяжелым ударом; что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время и спокойно все обдумать.

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.

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

Третий этап посвящен совместной деятельности психолога и клиента по преодолению кризисной ситуации. Можно начать с вопроса к клиенту: «Когда вам уже становилось плохо, как вы тогда из этого выпутывались?».

Целесообразно применить **прием «Использование потенциала клиента»**: «Назовите три сильные стороны, качества своей личности». Важно проявить настойчивость в том, чтобы клиент назвал три своих сильных стороны. Затем, при планировании дальнейших действий клиента, полезно опираться на эти названные клиентом сильные стороны его личности.

Основная задача психолога на данном этапе - побуждать суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков вместо самоубийства.

На **четвертом этапе** беседы с клиентом происходит окончательное формулирование плана его деятельности.

Психологу необходимо стимулировать клиента на переход от слов к действиям, гарантируя ему активную психологическую поддержку. Целесообразно использовать **приемы «Логической аргументации», «Рационального внушения уверенности»**.

Помимо полезных приемов и стратегий существуют и вредные, которых следует избегать.

Враждебность, сарказм, излишняя заботливость или индифферентность:

- «Ну, что ж, вперед, убивай себя, раз решил» - это неумная, неэффективная и непригодная для профессионала стратегия.

- 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 воспользовался вашей консультацией;

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

- не вступайте в дискуссию о допустимости самоубийства. Сообщите только, что вы не хотите, чтобы собеседник уходил из жизни. Идеи о том, что это не выход, это плохо, как будут страдать близкие, ты должен быть ответственным человеком, не должны быть главной аргументацией.

В критическом состоянии для потенциальных самоубийц характерны боль и страдание, эмоциональное напряжение, тревога, фрустрация, самоизоляция. Вышеуказанные «аргументы» не помогут снять страдания или снизить эмоциональное напряжение. 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 о том, что другие будут страдать, разве от знания этого факта будет легче самоубийце? Некоторых это даже стимулирует: «Вот пострадайте еще больше, чем я!». То есть указанная аргументация бесполезна.

Человеку нужно снизить страдания и боль, 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.

Если человек, на ваш взгляд, склонен к суициду или имел в прошлом попытки к самоубийству:

Не отталкивайте его, если он решил разделить с вами свои проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.

Доверьтесь своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные наклонности в данном индивиду. Не игнорируйте предупреждающие знаки.

Не предлагайте того, чего не в состоянии гарантировать. Например, «Конечно, твоя семья тебе поможет».

Дайте знать, что хотите ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность.

Сохраняйте спокойствие и не осуждайте.

Говорите искренне. Постарайтесь определить, насколько серьезна угроза. Знайте, что вопросы о суицидальных мыслях не приводят к попыткам свести счеты с жизнью. На самом деле он (она) могут почувствовать облегчение от осознания проблемы.

Постарайтесь узнать, есть у него (нее) план действий. Конкретный план — знак реальной опасности.

Убедите его (ее) в том, что непременно есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью.

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.

Помогите ему (ей) постичь, как управлять кризисной ситуацией и понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию. Ненавязчиво посоветуйте найти некое решение.

Помогите найти людей или места, которые могли бы снизить переживаемый стресс. При малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько уменьшить давление.

Помогите ему (ей) понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

Можно сказать, что приоритетным в интервенции с суицидально настроенным клиентом является умение как можно дольше поддерживать разговор, поскольку это развивает взаимоотношения между клиентом и консультантом. При подходе, ориентированном на экзистенциально-гуманистическую парадигму, на оставление за человеком права жить или умереть это является самым главным из того, что должен делать и чего может добиться психолог-консультант.

В заключение необходимо отметить, что:

- 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;

- приемы должны быть отработаны и интериоризированы в ткань

консультативной беседы;

- психолог-консультант должен быть лично готов к встрече с суицидальным клиентом.

Реакции консультанта, осложняющие процесс консультирования

В процессе консультирования суицидального клиента психолог может столкнуться с собственными эмоциональными реакциями, которые могут повлиять на процесс консультирования. Данные реакции являются нормальными, но требующими осознания со стороны консультанта.

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

	обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.
--	--

Правила общения с человеком с суицидальными мыслями

1. Попробуйте убедить человека обратиться к специалистам (психолог, врач, невропатолог).

2. Разработайте стратегию помощи, если человек отказывается от помощи специалистов.

3. Будьте заинтересованы в судьбе этого человека и готовы помочь.

4. Оцените его внутренние резервы – найдите их.

5. Позвольте выговариваться – человек почувствует облегчение.

6. Не оставляйте в одиночестве.

7. Поддерживайте его и будьте ненавязчиво настойчивы в позитиве - дайте ему эмоциональную опору.

8. Давайте больше позитивных установок, т.к. в состоянии душевного кризиса нужны строгие утвердительные указания.

9. Будьте компетентны в данном вопросе - соблюдайте такт, терпение, обратитесь за консультацией к специалисту.

10. Убедите его в том, что он сделал верный шаг, приняв вашу помощь.

11. Помогите ему осознать или вспомнить его способность анализировать и воспринимать советы окружающих.

12. Помогите осознать, что следует принять во внимание и другие возможные источники помощи: друзей, семью, врачей, священников, к которым можно обратиться.

13. Помогите отвлечься от негативных мыслей, что поможет вернуть душевные силы и стабильность.

14. Внушите ему чувство уважения к собственной жизни и к себе самому.

15. Примените технику 2 колонок – негатив превратите в позитив.

Если в ходе беседы подросток пессимистически оценивал будущее, активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо **БЕЗОТЛАГАТЕЛЬНО НАПРАВИТЬ В БЛИЖАЙШЕЕ ЛЕЧЕБНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ.**

Главным в преодолении кризисного состояния человека является и индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Следует принять во внимание следующее. В беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному выслушиванию. Активный слушатель - это человек, который

слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным. Активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые пытается выразить его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя. Активный слушатель поможет тому, чтобы высказывания его собеседника о желании умереть наверняка были услышаны.

Рекомендации психологу по проведению профилактической беседы с суицидентом:

- Разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе.

- Уделять все внимание ребенку, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол.

- Пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей.

- Дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он.

- Говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства.

- Произносить только позитивно-конструктивные фразы.

1. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Ненавижу школу, класс и т.п.», СПРОСИТЕ: «Что происходит У НАС в классе (в школе), из-за чего ты себя так чувствуешь?...» НЕ ГОВОРИТЕ: «Когда я был в твоём возрасте... да ты просто лентяй!»

2. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Все кажется таким безнадежным...», СКАЖИТЕ «Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь». НЕ ГОВОРИТЕ: «Подумай лучше о тех, кому еще хуже, чем тебе».

3. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Всем было бы лучше без меня!...», СКАЖИТЕ «Ты очень много значишь для нас и меня беспокоит твоё настроение. Скажи мне, что происходит». НЕ ГОВОРИТЕ: «Не говори глупостей. Давай поговорим о чём-нибудь другом».

4. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Вы не понимаете меня!...», СКАЖИТЕ: «Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать». НЕ ГОВОРИТЕ: «Кто же может понять молодежь в наши дни?»

5. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «Я совершил ужасный поступок...», СКАЖИТЕ «Давай сядем и поговорим об этом». НЕ ГОВОРИТЕ: «Что посеешь, то и пожнешь».

6. ЕСЛИ ВЫ СЛЫШИТЕ: «А если у меня не получится?...», СКАЖИТЕ: «Если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное». НЕ ГОВОРИТЕ: «Если не получится - значит ты недостаточно постарался!»

При проведении профилактической беседы с суицидентом нужно руководствоваться следующими принципами:

1. Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи).

2. При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он ни продолжался).

3. Желательно спланировать встречу не в рабочее время, когда каждый занят своими делами.

4. В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не поглядывать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Если в ходе беседы обучающийся активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к врачу-психиатру в ближайшее лечебное учреждение.

Дальнейшая работа будет складываться исходя из анализа беседы с учетом личностных особенностей подростка и сложившейся ситуации. Поэтому всякие детализированные рекомендации на этот счет весьма затруднительны, но основные моменты могут состоять в следующем:

- * отнеситесь ко всем высказываниям вашего собеседника очень серьезно;
- * продумайте план оказания человеку реальной помощи;
- * ставьте задачи, успешное выполнение которых будет способствовать повышению самооценки личности.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:

- * не оставляйте обучающегося без контроля и внимания;
- * при необходимости продумайте возможность госпитализации (для медикаментозной поддержки).

Рекомендации педагогам по проведению беседы с подростком, размышляющим о суициде:

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

бесполезным;

- постараться изменить романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти;
- не предлагать неоправданных утешений, поскольку подростки зачастую не способны принять советы, но подчеркнуть временный характер проблемы;
- одновременно стремиться вселить в подростка надежду, которая, однако, может привести к конструктивным способам ее решения; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей.

Рекомендации родителям

- ✓ Обсудить с ребенком вопрос о помощи различных служб в ситуации, сопряженной с риском для жизни.
- ✓ Проговорить с ним те номера телефонов, которыми он должен воспользоваться в ситуации, связанной с риском для жизни.
- ✓ Дать ему рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым родители сами доверяют.
- ✓ Воспитывать в ребенке привычку рассказывать родителям не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах.
- ✓ Каждую трудную ситуацию не оставлять без внимания, анализировать вместе с ребенком.
- ✓ Обсуждать с ребенком примеры находчивости и мужества людей, сумевших выйти из трудной жизненной ситуации.
- ✓ Не иронизировать над ребенком, если в какой-то ситуации он оказался слабым физически и морально. Помочь ему и поддержать его, указать возможные пути решения возникшей проблемы.
- ✓ Не опаздывать с ответами на вопросы ребенка по различным проблемам физиологии, иначе на них могут ответить другие люди.
- ✓ Постараться сделать так, чтобы ребенок с раннего детства проявлял ответственность за свои поступки и за принятие решений.
- ✓ Учить ребенка предвидеть последствия своих поступков, Сформируйте у него потребность ставить вопрос типа: что будет, если?..
- ✓ Не обсуждать при ребенке то, что произошло, тем более с посторонними и чужими людьми.
- ✓ Ни в коем случае не оставляйте нерешенными проблемы, касающиеся сохранения физического и психического здоровья ребенка.

Сопровождение обучающихся, совершивших попытку суицида

Примерный план индивидуального коррекционного сопровождения подростка, совершившего суицидальную попытку

Задачи:

- формирование социальных установок;

- изменение системы ценностей;
- усиление роли антисуицидальных факторов с акцентом на ценности жизни как таковой;
- самоактуализация Я;
- выработка адекватных способов снятия напряжения в психотравмирующих ситуациях;
- уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;
- формирование системы компенсаторных механизмов, направленных в частности, на появление внутренней возможности отступление в субъективно непреодолимой ситуации;
- повышение потенциала эутичных, приносящих наслаждение, способов мышления и поведения.

Выработка стратегий разрешения кризисной ситуации

Кризисное состояние требует от личности больших усилий, чтобы выйти на привычный уровень жизнедеятельности, так как человек склонен путать необычность своей реакции на кризис с необычностью своего поведения. Как правило, кризисное состояние имеет системный характер и включает все уровни. В силу этого оно требует системного, комплексного подхода, поэтому в работе с кризисными состояниями очень важен междисциплинарный подход.

Все методы психологической помощи можно разделить на четыре категории.

Библиотерапия. Люди могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят при помощи книг и статей. Создание информационного поля позволяет им осознать, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность обрести самоподдержку.

Целостное отношение к здоровью. Человек представлен на арене жизненных страстей в своей целостности, что предполагает в сложной ситуации необходимость задействовать все резервы человеческого организма и личности: физическую активность, правильное питание, духовное развитие, использование юмора. Внимание ко всем сторонам человеческой личности позволяет активизировать такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого.

Социальная поддержка. Для выхода человека из кризисного состояния имеет значение социальное окружение. На кого может человек рассчитывать в ситуации психологического расстройства, какие новые проблемы в отношениях в семье и на работе (учебе) возникли в этом состоянии — все это следует учитывать при проведении кризисных мероприятий. Сюда следует

отнести наличие сети групп самопомощи, формирование поддержки со стороны общественных организаций.

Собственно психологическая помощь. Психологическая помощь включает в себя группы поддержки взрослым и детям, переживающим горе, снятие фобических реакций посредством работы с травматическими образами и индивидуальные методы психологической помощи и поддержки. Особое место в системе психологической помощи занимают специально созданные методы. Это психологический дебрифинг — кризисная интервенция, применяемая сразу после кризисного события в групповой форме, психобиографический дебрифинг, который может быть использован при индивидуальной работе с отсроченным сроком травматизации.

Методика «Сосредоточенное мечтание»

1. Составление проекта желаемого будущего. Для этого можно использовать: запись всех желаний без критики и ограничений в течение 10–15 минут; составление фильма о собственной жизни с фиксацией ряда кадров из желаемого будущего; путешествие на «машине времени» в свое будущее; мысленное путешествие в «особенное место», где можно побеседовать с мудрецом и услышать его наставления, и пр.

2. Определение временной сетки. Если всё, что выделено на первом этапе, относится к завтрашнему дню, следует подумать о ближней перспективе; если цели относятся к отдаленному времени, следует подумать о ближайших шагах их реализации.

3. Выбор наиболее важных целей и ценностей, обоснование их важности.

4. Проверка сформулированных целей и ценностей на позитивность, конкретность, достижимость, ясность, этичность.

5. Составление списка ресурсов для достижения цели.

6. Составление списка ограничений на пути к цели.

7. Составление пошагового плана достижения цели.

Конкретные действия, упражнения и процедуры, которые выбирает психолог для оказания психологической поддержки, всегда ситуативны. Они обусловлены, прежде всего, индивидуальными характеристиками подростка и направлены на его социализацию за счет устранения причин, препятствующих разрешению актуальных жизненных задач.

Техника «Изменение прошлого»

Данная техника помогает изменить оценку какого-то периода жизни. Например, сделать более счастливым детство или приятными отношения с человеком.

1. *Период.* Определите период времени, который вы воспринимаете как «проблемный», «трудный» или «неприятный». Это может быть связано только с каким-то человеком, местом и т.д.

2. *Ресурсный якорь.* Сделайте себе достаточно мощный положительный кинестетический ресурсный якорь.

3. *Линия времени.* Представьте себе выбранный временной участок жизни в виде линии на полу. Напишите на бумажках название значимых ситуаций этого периода и разложите на линии времени в хронологическом порядке.

4. *Сортировка.* Пройдитесь по линии времени, отмечая какие из ситуаций вы оцениваете как «приятные», а какие как «неприятные». При этом бумажки с названиями «приятных» ситуаций оставьте лежать на своих местах, а бумажки с названиями «неприятных» ситуаций отодвиньте вбок.

Теперь пройдитесь по линии времени ещё раз, ассоциировано проживая «приятные» ситуации, а «неприятные» помещая рядом с линией времени в виде экранов с диссоциированной (то есть вы видите себя со стороны) картинкой происходившего. Вы так же можете отодвигать эти экраны на то расстояние, которое считаете наиболее оптимальным для восприятия ситуации. При этом бумажки с названиями этих ситуаций так же желательно отодвигать на аналогичное расстояние. При работе с «отрицательными» ситуациями можно задействовать ресурсный якорь из п.2.

Весьма возможно, что после некоторых изменений некоторые ситуации перестанут быть «неприятными» и даже станут «приятными». В таком случае бумажки с их названиями можно будет вернуть обратно на линию времени.

5. *Перепроживание.* Физически пройдись по линии времени, переживая приятные ситуации и рассматривая экраны с «неприятными» ситуациями. Измените то, что считаете нужным изменить.

6. *Экологическая проверка.* Подумайте, не навредит ли вам такое восприятие вашего прошлого. Если может навредить – вернитесь на шаг 4.

7. *Привязка к будущему.* Что вы получили в результате этой техники? Посмотрите в своё будущее – что там изменилось?

Упражнение «Карта будущего»

Представление своего будущего в виде карты местности позволит участникам более четко осознать свои цели. Метафорическое выражение целей в виде пунктов на карте, а путей их достижения в виде улиц и дорог помогает участникам создать в воображении наглядную картину своего будущего. После создания такой карты каждый сможет соотнести цели между собой и понять, насколько они сочетаются друг с другом, какие препятствия встречаются на пути к ним, какие новые возможности

открываются. Начертите карту своего будущего. Ваши глобальные цели обозначьте как пункты местности, в которых вы хотели бы оказаться. Обозначьте также промежуточные большие и маленькие цели на пути к ним. Придумайте и напишите названия для «пунктов-целей», к которым вы стремитесь в своей личной и профессиональной жизни. Нарисуйте также улицы и дороги, по которым вы будете идти. Как вы будете добираться до своих целей? Самым коротким или обходным путем? Какие препятствия вам предстоит преодолеть? На какую помощь вы можете рассчитывать? Какие местности вам придется пересечь на своем пути: цветущие и плодородные края, пустыни, глухие и заброшенные места? Будете ли вы прокладывать дороги и тропы в одиночестве или с кем-нибудь?

Обсуждение:

- Где находятся важнейшие цели?
- Насколько они сочетаются друг с другом?
- Где вас подстерегают опасности?
- Откуда вы будете черпать силы для того, чтобы достичь желаемого?
- Какие чувства вызывает у вас эта картина?

Упражнение «Оценка по шкале»

Вычерчивается 10-балльная шкала, где 10 баллов соответствуют идеалу, а 1 – наихудшее положение дел. Клиента просят отметить на шкале его сегодняшнюю ситуацию, а затем описать, что изменится в жизни, если произойдет сдвиг на один балл вправо. Следует не ограничиваться пометками на бумаге или доске, а проговорить вслух, что означает данная оценка.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
хуже не сегодня					идеальный				
бывает на 1 балл					вариант				

Техника оценки по шкале индуцирует идею продвижения «со ступеньки на ступеньку».

В краткосрочной позитивной психотерапии считается, что единственный перспективный вопрос, о котором следует говорить с клиентом, это – как он представляет свое будущее без проблемы. Создание положительных фантазий о будущем имеет много ценного. Разговор о надеждах порождает оптимизм. Он также помогает людям ставить перед собой конкретные цели, что является предпосылкой изменения. Положительные представления о будущем способны изменить взгляд на настоящее и прошлое. Когда впереди хорошее, человек автоматически начинают смотреть на свои трудности в

настоящем как на переходную фазу, а не как на бесконечную мучительную ситуацию. Мечта о позитивном будущем также проливает новый свет на прошлые и настоящие проблемы. Из бессмысленных страданий они превращаются в трудности, которые в конечном счете содействуют достижению цели. Фантазии о будущем также помогают размышлять о возможных способах решения проблем, замечать изменения, которые уже происходят, и понимать, как разные люди могли бы способствовать осуществлению желаемого результата.

Техники психологической коррекции

Формирование жизненного стиля личности	Цели и задачи
Техника - 1 «Выяснение психологических потребностей»	Выяснение границ влияния различных потребностей подростка на отношение к самому себе, окружающему миру, деятельности.
Техника - 2 «Выяснение смысла суицида»	Завершение болезненного развития проблемы, визуализация проблемной ситуации.
Техника - 3 «Раннее воспоминание»	Изучение специфики различных эмоциональных состояний и синдромов ранней предрасположенности к депрессивным состояниям.
Постановка и согласование целей	
Техника - 4 «Понимание целей»	Визуализация значимых целей
Техника – 5 « Три желания»	Концентрация на цели – как удовольствии, а не на проблеме.
Техника – 6 «Времена года моей души»	Развитие адаптационного резерва, опираясь на предпосылки создания нового.
Техника – 7 «Волшебная лавка»	Проективная техника на формирование социального интеллекта
Техника - 8 «Сон в будущем»	Обучение навыкам управления собственным эмоциональным состоянием в ситуации с целеполаганием
Техника - 9 «Карта будущего»	Более четкое осознание ближних и дальних жизненных перспектив.
Техника – 10 «Ожидания»	Изменение негативных представлений о себе и своей жизни на позитивные жизненные установки.
Техника – 11 «Радуга»	Медитативная техника – как идеальный способ осознания важных жизненных целей.
Техника – 12 «Смыслы жизни»	Глубокая рефлексия поступков по реализации значимых жизненных целей.
Формирование новой биографии	
Техника – 13 «Проект биографии»	Формирование позитивного будущего
Техника – 14 «Счастливые жизненные моменты»	Формирование новых социальных поведенческих установок.
Техника – 15 «Хорошее в плохом»	Развитие навыков позитивного реагирования на проблемные ситуации.
Техника – 16 «Поиск наилучшей альтернативы»	Формирование навыков здорового жизненного стиля
Техника – 17 «Наслаждение в действиях»	Формирование приятных образов, связанных с действиями.

Техника – 18 «Баланс реальный и желательный»	Формирование адекватного образа себя.
Техника – 19 «Я среди огромного мира людей»	Обучение навыкам эффективного взаимодействия с окружающими людьми, формирование социального интеллекта.
Техника – 20 «Письмо другу»	Развитие положительного отношения к себе и окружающему миру с позиции «Я, хороший, ты хороший»
Техника – 21 «Я глазами любимого человека»	Обучение навыкам рефлексивного поведения, формирование адекватной самооценки.

Правила для работы с подростками, друг или подруга которых совершили самоубийство

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

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

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

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

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

Работа с классом (группой), где произошел суицид

Дебрифинг — метод работы с групповой психической травмой.

Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие.

Цель дебрифинга — снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса.

Общая цель группового обсуждения — минимизация психологических страданий. Для достижения этой цели решаются следующие *задачи*:

- «проработка» впечатлений, реакций и чувств;
- когнитивная организация переживаемого опыта посредством понимания структуры и смысла происшедших событий, реакций на них;
- уменьшение индивидуального и группового напряжения;
- уменьшение ощущения уникальности и ненормальности собственных реакций. Эта задача разрешается при помощи группового обсуждения чувств;
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности и понимания;
- подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть в ближайшем будущем;
- определение средств дальнейшей помощи в случае необходимости.

Условия проведения дебрифинга:

- Любое место (в идеале - удобное, доступное и изолированное помещение, с отключенными мобильными телефонами);
- Участники располагаются вокруг стола (считается, что это лучше, чем традиционная модель групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку пустота усиливает тревогу и может восприниматься как угроза);
- Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек;
- Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов.
- Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственно отношения к событию.
- Время сессии четко обозначается вначале и составляет 2 – 2,5 часа без перерыва (ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная переработка опыта с задействованием сильных эмоций).

Требования к руководителю дебрифинга:

- ✓ должен быть знаком с групповой работой,
- ✓ с проблемами, связанными с тревогой, травмой и утратой,
- ✓ быть уверенным в себе, эмоционально уравновешенным, умеющим управлять собственными эмоциями, несмотря на интенсивные

эмоциональные проявления у членов группы.

Три части и семь фаз дебрифинга:

часть I — проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;

часть II — детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;

часть III — мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

Семь фаз дебрифинга:

- 1) вводная фаза;
- 2) фаза описания фактов;
- 3) фаза описания мыслей;
- 4) фаза описания переживаний;
- 5) фаза описания симптомов;
- 6) фаза завершения;
- 7) фаза реадaptации.

1. ВВОДНАЯ ФАЗА

Ведущий группы представляет себя команду дебрифинга и поясняет цели и задачи встречи, определяет правила дебрифинга.

2. ФАЗА ФАКТОВ

На этой фазе каждый человек кратко описывает, что произошло с ним во время инцидента, он увидел событие, какова была последовательность произошедшего. Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную истину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации, что способствует упорядочиванию мыслей и чувств. Это одна из главных задач дебрифинга — дать людям возможность более объективно увидеть ситуацию, что блокирует фантазии и спекуляции, подогревающие тревогу.

3. ФАЗА МЫСЛЕЙ

На фазе мыслей дебрифинг фокусируется на процессах принятия решения и мышления.

4. ФАЗА ПЕРЕЖИВАНИЙ

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека. Задача этого этапа: создать такие условия, при которых участники могли бы вспомнить и выразить сильные чувства в условиях поддержки группы — и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания.

5. ФАЗА СИМПТОМОВ

Во время фазы симптомов некоторые реакции обсуждаются детальнее. Участники описывают симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия, когда инцидент завершился, когда они возвратились домой, в течение последующих дней и в настоящее время.

6. ФАЗА ЗАВЕРШЕНИЯ

В этой фазе один из ведущих должен попытаться обобщить реакции участников. Это лучше предпринять тому члену команды, кто записывает и осуществляет диагностику реакций участников, а затем пытается нормализовать состояние группы.

7. ФАЗА РЕАДАПТАЦИИ

В этой фазе обсуждается и планируется будущее, намечаются стратегии преодоления, особенно в терминах семейной и групповой поддержки.

Типичные ошибки (или заблуждения), затрудняющие профилактику суицидов

Профилактика самоубийств должна начинаться, прежде всего, с развенчания «мифов», якобы объясняющих психологию людей, покончивших жизнь самоубийством. Некоторые из них, получившие наибольшее распространение, изложены ниже.

Заблуждение №1. Самоубийства совершаются в основном психически не нормальными людьми. Изучение обстоятельств суицида показало: большинство из лишивших себя жизни - это практически здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Они никогда не лечились у психиатров, не обнаруживали каких-либо поведенческих отклонений, позволяющих отнести их к категории больных. По данным многих авторов, на учете в психоневрологических диспансерах состояло лишь около 20 % суицидентов и только 8-10 % нуждались в специализированной медицинской помощи.

Заблуждение №2. Самоубийства предупредить невозможно. Тот, кто решил покончить с собой, рано или поздно это сделает. Многие сомневаются относительно самой возможности предупреждения самоубийства. Суицидальные намерения, считают они, неотвратимы: если человек решил покончить с собой, никто и ничто не сможет остановить. Однако еще В.М. Бехтерев (1912 г.) отмечал, что потребность к самоуничтожению у подавляющего большинства людей является лишь временной. Н.Л. Бердяев подчеркивал, что самоубийцы - это люди с «ободранной кожей», т. е. суицид - это «крик о помощи». Таким образом, потребность суицидента в душевной теплоте, желание быть выслушанным, понятым, готовность принять

предлагаемую помощь: все это убеждает, что организация профилактики самоубийств необходима.

Заблуждение № 3. Если человек открыто заявляет о желании покончить с собой, то он никогда не совершит самоубийства. По данным исследований, 3/4 людей, совершивших самоубийства или покушавшихся, сообщали о своих намерениях ближайшему окружению, а изучение уголовных дел показало, что около 20 % суицидентов ранее уже пытались покончить с собой.

Заблуждение № 4. Если загрузить человека работой, то ему некогда будет думать о самоубийстве. В практике педагогической деятельности имеет место упрощенное понимание возможности предупреждения суицидального происшествия. Считается, что, если ребенок будет загружен работой и за ним будет осуществляться жесткий контроль, то проблема будет решена. Реальное же осуществление такой «профилактики» выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что может привести к истощению психо-физиологических ресурсов организма, еще больше повышая вероятность суицидальных попыток.

Заблуждение № 5. Чужая душа - потемки. Предвидеть попытку самоубийства невозможно. Барьером для профилактики самоубийств является распространенное в педагогической практике мнение, что нет внешних признаков, которые указывают на решение человека покончить с собой. В подобных высказываниях есть рациональное зерно: «заглянуть в душу», познать внутренний мир обучающегося действительно очень сложно. Но такие возможности у педагога, как правило, имеются.

Заблуждение № 6. Существует некий тип людей, «склонных к самоубийству». Самоубийство совершают люди различных психологических типов. Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации ее личностной оценки как непереносимой.

Заблуждение № 7. Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что человек решился на самоубийство. Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Педагогические работники должны знать «знаки беды», т.е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду.

Заблуждение № 8. Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки. Анализ суицидальных действий показал, что они являются результатом достаточно длительной психотравматизации. Суицидальный кризис может длиться несколько недель и даже месяцев.

Заблуждение № 9. Если человек совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова. Если человек совершил неудачную

попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность - в первые два месяца. Суицид (самоубийство) - акт преднамеренной смерти, направленный на самого себя. Он может произойти не только где-то рядом, по соседству, но даже в вашем образовательном учреждении. Вот почему очень важно, чтобы каждый педагог имел представление об этом и знал, что можно сделать, если кто-то стоит на грани самоубийства. Надо помнить: редко встречается, чтобы человек совершил самоубийство, не раскрыв своих чувств, не изменив своего поведения. Поэтому работники учреждений образования должны уметь вести повседневную профилактическую работу с обучающимися по профилактике суицидов, уметь распознать «знаки беды» и оказать первичную помощь суициденту в кризисной жизненной ситуации, тем самым спасти своего сотрудника, коллегу.

Диагностика суицидального поведения

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

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

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			
А — вид конфликта:			
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. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+0,5	+1
Б — поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывания с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
В — характер конфликтной ситуации:			
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
Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
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			
А — волевая сфера личности:			
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
Б — эмоциональная сфера личности:			
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	+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.

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.

Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

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

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, повинувшись первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов.

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. Демонстративность (Д).

Ответы «ДА» 12, 14, 20, 22, 27

При условии 4 – 5

Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемые 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 (А).

Ответы «ДА» 1, 10, 20, 23, 28, 29

При условии 4 – 6

Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте (6 баллов) аффективная блокада интеллекта.

3. Уникальность (У).

Ответы «ДА» 1, 12, 14, 22, 27

При условии 4 – 5

Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, непохожего на другие и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности суицид. Тесно связан с феноменом «непроницаемости для опыта», т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. Несостоятельность (Н).

Ответы «ДА» 2, 3, 6, 7, 17

При условии 4 – 5

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 несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога: «Я плох». Возможно наличие «комплекса неполноценности».

5. Социальный пессимизм (СП).

Ответы «ДА» 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25

При условии 4 – 7

Отрицательная концепция принятия окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением. СП тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибутики. При «Н» = 0 – 3 экстрапунитивность выражается в форме внутреннего диалога: «Вы все недостойны меня!»

6. Слом культурных барьеров (КБ).

Ответы «ДА» 8, 9, 18

При условии 3

Культ самоубийств. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение, делающих его привлекательным. Заимствование суицидальных моделей из литературы и кино. В крайнем варианте инверсия ценностей жизни и смерти. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам – «эстетизация смерти» (например, ситуация «вечного самоубийцы в романе Германа Гессе «Степной волк»»). 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 (М).

Ответы «ДА» 4, 16

При условии 2

Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей, значимость малейшей потери с одновременной минимизацией ценностей имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива (ВП).

Ответы «ДА» 2, 3, 12, 24, 26, 27

При условии 4 – 6

Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальной среде неудач и поражений в будущем.

9. Антисуицидальный фактор (АФ).

Ответы «ДА» 19, 21

При условии 2

Даже при высокой выраженности всех остальных факторов, есть факторы, которые снижают глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга, представление о греховности и не эстетичности самоубийства, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатели наличия уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / -	Номер утверждения	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			

Шкала безнадежности А.Бека (Hopelessness Scale, Becketal.)

Цель: предназначена для предсказания возможности самоубийства на основе мыслей о будущем и возлагаемых на него надежд и представляет собой 20 утверждений, которые отражают чувства, состояния, отношение к будущему и прошлому. Методика предьявляется в групповом режиме.

Инструкция. Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

1	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
2	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
3	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
4	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
5	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
6	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится

7	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
8	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
9	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди - скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется- мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

Ключ

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация:

- 0-3 балла – безнадежность не выявлена;
- 4-8 баллов – безнадежность лёгкая;
- 9-14 баллов – безнадежность умеренная;
- 15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

При анализе полученных результатов необходимо обратить внимание на учащихся, показавших умеренную и тяжёлую безнадежность.

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (шкала Т. Холмса, Р. Райха) для детей была разработана LCU (LifeChangeUnits).

В эту таблицу «кризисов» включены глобальные события, воспринимаемые большинством людей как трагические несчастья – катастрофические «удары судьбы». Выявленные у клиента высокие индексы силы влияния указывают на вероятный риск формирования серьезных психических патологий в недалеком будущем. Специалисты, воспользовавшись приведенной ниже шкалой, адаптированной на потребности российских граждан, рассчитывают индивидуальный показатель риска. *В случае, если значение, набранное клиентом за предыдущие 12 месяцев, превышает 300 баллов, можно предположить наличие у него реактивной депрессии.*

Инструкция. Постарайтесь вспомнить все события, случившиеся с Вами в течение последнего года или текущего года, и подсчитайте общее число «заработанных» Вами в данном тесте очков. Если какая-либо ситуация возникала у вас чаще одного раза, то полученный результат следует умножить на данное количество раз.

Отметьте события, которые происходили в Вашей жизни в течение последнего года. (В скобках указаны баллы)

1. Смерть родителя (родителей) (100)
2. Разлука с родителями или одним из них (73)
3. Разлука с близкими родственниками (65)
4. Смерть близкого родственника (63)
5. Травма или болезнь (53)
6. Переход в школу (50)
7. Отчисление из школы (47)
8. Примирение после конфликта с родителями (45)
9. Окончание школы (45)
10. Изменение состояния здоровья членов семьи (44)
11. Беременность матери (40)
12. Появление нового члена семьи, рождение ребёнка (39)
13. Изменение учебного процесса (39)
14. Изменение финансового положения семьи (38)
15. Смерть близкого друга (37)
16. Смена учителя (36)
17. Усиление конфликтности отношений с родителями (35)
18. Учебная задолженность (31)
19. Экзамены, повышение ответственности (29)
20. Развод родителей (29)
21. Проблемы с дальними родственниками (29)
22. Выдающееся личное достижение, успех (28)
23. Родитель бросает работу (или приступает к работе) (26)
24. Начало или окончание обучения в учебном заведении (26)
25. Изменение условий жизни (25)
26. Отказ от каких-либо привычек, изменение стереотипов поведения (24)
27. Проблемы с учителями, конфликты (23)
28. Изменение условий или графика учебы (20)
29. Перемена места жительства (20)
30. Смена места обучения (20)
31. Изменение привычек, связанных с проведением досуга, отпуска (19)
32. Изменение общественной активности (18)

33. Изменение режима сна, нарушение сна (16)
34. Изменение числа живущих вместе членов семьи, изменение характера и частоты встреч с другими членами семьи (15)
35. Изменение привычек, связанных с питанием: количество пищи, диета, отсутствие аппетита и т.д. (15)
36. Каникулы (13)
37. Новогодние праздники, день рождения (12)
38. Незначительное нарушение правопорядка (11)

Обработка результатов. Если какая-либо ситуация возникала два или три раза, её оценка в баллах должна быть умножена соответственно на два или на три.

Нормальным показателем считается сумма баллов до 150.

150 - 199 баллов указывают на небольшой риск. Вероятность – до 10%.

200 - 300 баллов свидетельствуют об умеренном риске. Вероятность – до 50%

При сумме баллов 300 и выше вероятность увеличивается до 90%, это сигнал об очень высокой стрессовой нагрузке.

Важно не только то, какие события воздействуют на жизнь, но и то, как человек справляется с ними. Всё зависит от отношения человека к событию, от его способности управлять своим эмоциональным состоянием.

Алгоритм**действий муниципальных органов системы профилактики в случае выявления факта суицидального проявления несовершеннолетними**

1. Прием информации уполномоченным органом муниципальной службы, включенного в систему профилактики суицидальных проявлений у несовершеннолетних (информация может поступить из ОО, из ближайшего окружения ребенка, социального педагога, педагога-психолога, медицинского или социального работника).

2. Передача информации уполномоченного органа о факте суицидального проявления у несовершеннолетнего во все заинтересованные муниципальные: МОУО, ЛПУ (лечебно-профилактические учреждения), органы системы правопорядка, прокуратуру.

3. Организация расследования по факту выявления суицидального проявления у ребенка.

На уровне образовательной организации (далее - ОО):

1) При обнаружении факта суицида (незавершенного (попытки) или завершеного), совершенного несовершеннолетнего (далее – суицидант), сотрудник ОО (учитель, педагог, воспитатель и др.) незамедлительно сообщает о факте суицида руководителю ОО.

2) Администрация ОО в лице руководителя издает приказ о создании комиссии по проведению педагогического расследования по факту выявления суицида несовершеннолетнего. В комиссию по проведению педагогического расследования входят опытные педагоги, воспитатели, классные руководители, деятельность которых не связана напрямую или косвенно с суицидантом. В состав комиссии не включаются педагоги-психологи, социальные педагоги, педагоги-дефектологи, классные руководители, учителя и другие сотрудники ОО, деятельность которых связана с суицидантом.

3) Администрация ОО совместно с педагогическим персоналом устанавливает дату, место, обстоятельства, условия и причины, повлекшие совершение проявления суицида несовершеннолетним.

4) Комиссия по педагогическому расследованию в течение 1 дня проводит педагогическое расследование по факту проявления суицида несовершеннолетнего, изучая учебно-воспитательную деятельность сотрудников ОО с суицидантом, беседуя с педагогами, обучающимися, родителями и другими лицами, входящими в контакт с суицидантом, с соблюдением норм педагогической этики.

5) По итогам педагогического расследования каждый член комиссии готовит заключение, в котором излагает собственное мнение о мотивах проявления суицида, причинах и условиях, способствующих совершению попытки суицида несовершеннолетним, подписывает заключение, указывает дату составления заключения.

6) Председатель комиссии готовит обобщенное заключение по итогам педагогического расследования по факту проявления суицида несовершеннолетнего, где излагает мнение комиссии о мотивах суицида, причинах и условиях, способствующих совершению суицида несовершеннолетним. Заключение подписывается членами комиссии, указывается дата составления заключения.

7) Заключение по итогам расследования по факту проявления суицида несовершеннолетнего направляется руководителю ОО.

8) По результатам педагогического расследования, изучения объяснительных должностных лиц (классного руководителя (мастера), социального педагога и др.) по факту суицида несовершеннолетнего, руководитель ОО издаёт приказ, в котором указываются причины и условия, способствующие проявлению суицида, определяются меры по устранению выявленных нарушений и привлечению к дисциплинарной ответственности виновных должностных лиц, усилению работы по профилактике суицидов несовершеннолетних.

9) Руководитель ОО в трёхдневный срок направляет сигнальное извещение в МОУО, о факте проявления суицида несовершеннолетнего, с указанием результатов педагогического расследования и принятых мерах.

10) Администрация ОО совместно с педагогическим коллективом разрабатывает план мероприятий по устранению причин и условий, способствующих совершению суицида несовершеннолетнего, усилению профилактической работы и контроля за деятельностью должностных лиц.

11) В течение года осуществляется контроль за исполнением намеченных мероприятий (например, заслушивание должностных лиц о деятельности по профилактике суицидов несовершеннолетних на аппаратных совещаниях, заседаниях органов самоуправления и др.)

На уровне МОУО алгоритм действий по факту суицида аналогичный. Сигнальное извещение указанием принятых мер направляется в Департамент образования и науки в течение 3-х дней.

На уровне муниципального органа управления образования (далее - МОУО):

1) При получении информации о факте суицида руководитель МОУО незамедлительно информирует муниципальные органы профилактики суицидальных проявлений у несовершеннолетних и формирует комиссию по расследованию данного факта.

2) Комиссия по расследованию в течение одного дня проводит расследование по факту проявления суицида несовершеннолетнего, изучая учебно-воспитательную деятельность сотрудников ОО, беседуя с педагогами, обучающимися, родителями и другими лицами, входящими в контакт с суицидантом, с соблюдением норм педагогической этики.

3) По итогам расследования каждый член комиссии готовит заключение, в котором излагает собственное мнение о мотивах факта

суицидального проявления, причинах и условиях, способствующих этому, подписывает заключение, указывает дату составления заключения.

4) Председатель комиссии готовит обобщённое заключение по итогам расследования, где излагает мнение комиссии о мотивах, причинах и условиях, способствующих факту суицидального проявления несовершеннолетним. Заключение подписывается членами комиссии, указывается дата составления заключения.

5) Заключение по итогам расследования по факту суицида или суицидального проявления направляется руководителю МОУО.

6) По результатам расследования руководитель МОУО издаёт приказ, в котором указываются причины и условия, способствующие совершению суицида или факту³ суицидального проявления, устранению выявленных нарушений и привлечению к дисциплинарной ответственности виновных должностных лиц, усилению работы по профилактике суицидов несовершеннолетних.

7) Руководитель МОУО в трёхдневный срок направляет сигнальное извещение в Департамент образования и науки факте суицида или суицидального проявления с указанием результатов педагогического расследования и принятых мерах.

4. Определение муниципальными органами профилактики суицидальных проявлений у несовершеннолетнего, системы мер его психолого—медико-педагогического сопровождения, сроков реабилитации ответственного за реабилитацию (представители муниципальных органов, осуществляющие профилактику суицидальных проявлений у несовершеннолетних; ОО, ЛПУ, орган опеки и попечительства, учреждение службы социальной защиты населения, родителей, законных представителей).