

Муниципальное бюджетное учреждение
«Информационно-методический центр»

**Методические рекомендации
педагогам-психологам
общеобразовательных учреждений
по профилактике суицидального риска
в подростковой среде**

г. Керчь, 2016

Содержание

1.	Пояснительная записка	3
2.	План профилактической работы	7
3.	Организация деятельности в образовательном учреждении в ситуации совершенного суицида/риска суицида несовершеннолетнего	9
4.	Список литературы	17
	Приложение 1. Подростковый суицид: особенности, типы, причины, пути профилактики.	18
	Приложение 2. Скрининг-диагностика индикаторов суицидального риска.	28
	Приложение 3. Семинар для педагогов «Предупреждение суицида среди учащихся. Основные признаки суицидального поведения».	30
	Приложение 4. Родительское собрание «Предупреждение суицида среди детей. Помощь родителей в преодолении трудностей ребенка».	34

Пояснительная записка.

По данным детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершённых самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое - среди основных причин потенциальной потери жизни.

Анализ материалов уголовных дел показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетними совершается из-за конфликтов и неблагополучия в их окружении: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения учителей, одноклассников, друзей, черствости и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за равнодушного отношения взрослых к их проблемам, протестуя таким образом против безразличия и жестокости.

Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности подростки, потерявшие смысл жизни. Причиной суицида могут быть также алкоголизм и наркомания как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические особенности человека, внутриличностные конфликты и т.п.

Суицидальные действия у детей часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированного, негибкого построения человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения. Своевременная психологическая помощь, участливое отношение к подросткам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помогли бы избежать трагедий.

В образовательных учреждениях необходимо организовывать профилактическую и коррекционную работу по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп – работу, нацеленную на формирование у школьников позитивной адаптации к жизни как процесса сознательного построения и достижения человеком относительно устойчивого равновесия в отношениях между самим собой, другими людьми и миром в целом.

При организации профилактики суицида среди детей педагогам-психологам рекомендуется следующее:

1. Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование соответствующей информации в работе с педагогами и родителями.
2. Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи, защите и оказание им экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.
3. Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.
4. Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп при возникновении трудных жизненных ситуаций.
5. Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи ребенку и защиты его законных прав и интересов.
6. Привитие детям существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.
7. Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

Необходимо организовать работу по таким направлениям:

- работа с детьми и молодыми людьми, ставшими на путь социальной дезадаптации, но имеющими ближайшие перспективы ее преодоления;

- работа с детьми и молодыми людьми, нуждающимися в срочной психоэмоциональной поддержке;
- работа с неблагополучными семьями.

Образовательному учреждению необходимо выстроить целостную систему совместной деятельности педагогов, психолога, администрации школы и родителей, направленную на активное приспособление ребенка к социальной среде, включающее в себя как успешное функционирование, так и перспективное психологическое здоровье.

Ситуация проявления суицида как одного из вариантов поведения может возникнуть у учащихся в сложившейся для них экстремальной ситуации, поэтому профилактическая работа должна проводиться систематически.

Для профилактики суицидальных мыслей, намерений и попыток целесообразно выделить следующие основные принципы деятельности:

- Формировать у ребенка ПОЗИТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ окружающего мира.
- Формировать АНТИСУИЦИДАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ личности подростка.

Ребенок – обычно довольно точное отражение той семьи, в которой он растет и развивается. Семья во многом определяет круг его интересов и потребностей, взглядов и ценностной ориентации, что, несомненно, значимо при урегулировании конфликта. Работа с семьей - важнейшая составная часть профилактики суицида. Направления работы с родителями по профилактике суицида:

- Систематическое разностороннее педагогическое просвещение родителей, т.е. ознакомление их как с основами теоретических знаний, так и с практикой работы с учащимися.
- Привлечение родителей к активному участию в учебно-воспитательном процессе.
- Формирование у родителей потребности в самообразовании.

Нормативно-правовой основой профилактической работы являются следующие документы: Конституции РФ; Конвенции о правах ребенка; закона РФ «Об основных гарантиях прав ребенка»; закона РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан»; закона РФ «Об образовании»; письма Минобразования РФ от 26.06.2003 г. № 23-51-513/16 «Методические рекомендации по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования»; приказа Министерства образования, Министерства здравоохранения РФ от 31.05.2002 № 176/2017 «О мерах по улучшению охраны здоровья детей в РФ»//Официальные документы в образовании 20/2002; письма Минобразования России от 26.01.2000 г. № 22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков»; решения коллегии Минобразования РФ от 08.04.1997 г. № 4/2 «Об организации работы с детьми со школьной дезадаптацией»; Письмо Минобразования РФ от 29 мая 2003 г. № 03-51-102ин/22-03 «О мерах по усилению профилактики суицида детей и подростков».

Программы профилактики рисков возникновения суицидального поведения необходимо разрабатывать с учетом следующих принципов:

- Соблюдение интересов ребенка;
- Комплексность;
- Системность;
- Принцип приоритетности коррекции каузального типа;
- Принцип учета возрастно-психологических и индивидуальных особенностей ребенка;

Профилактика предусматривает совместную деятельность всего педагогического коллектива (учителя, классные руководители, специалисты службы психологического сопровождения).

Целью профилактической работы является превенция суицидального поведения через повышение психологической устойчивости и уровня социализации личности; формирование безопасной образовательной среды.

Задачи:

1. Создавать условия для формирования адекватной самооценки и позитивной «Я-концепции» обучающихся;
2. Поддерживать адаптивный потенциал личности путем обучения навыкам саморегуляции;
3. Оптимизировать психологический микроклимат в школе, повышать групповую сплоченность классных коллективов.
4. Осуществлять психологическое сопровождение обучающихся, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.
5. Сформировать у обучающихся ценностное отношение к жизни.

Профилактика суицидального поведения в образовательном учреждении проводится на нескольких уровнях:

I уровень – первичная профилактика

Цель: повышение компетентности участников образовательного процесса (педагогов и родителей) в области профилактики суицидального риска, оказания поддержки и помощи детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации; создание условий для формирования психологической устойчивости личности обучающихся.

Субъекты: все участники учебно-воспитательного процесса.

Содержание деятельности:

- просвещение и консультирование всех участников учебно-воспитательного процесса в области профилактики суицидального риска и кризисных явлений;
- изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении;
- создание системы психолого-педагогической поддержки обучающихся разных возрастных групп в период трудной жизненной ситуации;
- привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме;
- формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

II уровень – вторичная профилактика

Цель: предотвращение суицида.

Субъекты: обучающиеся, находящиеся в трудной жизненной ситуации и высказывающие суицидальные намерения (работа с теми, кто косвенно или напрямую высказывает суицидальные намерения).

Содержание деятельности:

- оценка риска реализации суицидального намерения;
- оказание эмоциональной поддержки, направление к психотерапевту (психиатру);
- консультативная поддержка ребенка и его ближайшего окружения.

III уровень – реабилитация

Цель: снижение риска возникновения повторного суицида, социальная и психологическая реабилитация суицидентов;

Субъекты: обучающиеся, совершившие попытку суицида, ближайшее окружение.

Содержание деятельности: анализ психоэмоционального статуса суицидента; психолого-педагогическая и консультативная поддержка обучающегося и его ближайшего окружения.

Профилактика суицида в учреждении образования проводится по нескольким направлениям:

1. Диагностика.

Цель: изучение особенностей социально-психологического статуса и адаптации обучающихся, оценка патохарактерологических особенностей, уровня тревожности и агрессивности, степени дезадаптации, степени риска совершения суицида, анализ диагностических данных с выработкой рекомендаций.

Формы работы: анкетирование, наблюдение, тестирование.

2. Просвещение.

Цель: повышение компетенции педагогов, родителей и обучающихся в вопросах распознавания признаков суицидального риска и оказания поддержки обучающимся в трудной жизненной ситуации.

Формы работы: групповые занятия, выступления на заседаниях МО классных руководителей, родительских собраний, разработка памяток, размещение материалов на сайте школы.

3. Профилактика.

Цель: формирование психологической устойчивости, повышение безопасности образовательной среды.

Формы работы: групповые и индивидуальные занятия, акции, проекты, игры, конкурсы и так далее.

4. Консультирование.

Цель: психологическое сопровождение обучающихся и их ближайшего окружения, поддержка адаптивного потенциала личности, обучение навыкам саморегуляции и т.д.

Формы работы: индивидуальные и групповые консультации.

Предполагаемый результат:

Повышение уровня психологической адаптации обучающихся, безопасности образовательной среды; снижение девиаций в поведении обучающихся.

Показатели эффективности программы:

1. Улучшение эмоционального климата в школьном коллективе;
2. Повышение уровня удовлетворенности участников образовательного процесса его различными сторонами;
3. Предотвращение суицидального поведения.

Возможные затруднения при организации профилактической работы:

1. Влияние на здоровье и эмоциональное состояние обучающихся факторов, не зависящих от школьного образования (наследственность, экология, образ жизни).
2. Недостаточная психологическая готовность педагогов к реализации требований программы.
3. Нежелание родителей (законных представителей) изменить сложившийся в семье стиль жизни. Недостаточная заинтересованность родителей в мероприятиях программы.

План реализации работы по профилактике суицидального поведения

	Мероприятие	Форма
1. I уровень – общая профилактика		
1.1	Диагностические мероприятия, направленные на: - выявление признаков дезадаптации, стрессовых состояний (тест Айзенка «Самооценка психических состояний»; тест Филипса; шкала школьной тревожности Кондаша; Тревожность Спилберга-Ханина; опросник Басса-Дарки и т.д.); - изучение ценностных ориентаций обучающихся (ценностные ориентации по М. Рокичу); - изучение личностных особенностей обучающихся (самооценка Дембо-Рубинштейн; 16-факторный опросник Кэттелла; проективные методики «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное»; тест Айзенка; Акцентуации характера по Леонгард-Шмишеку; ПДО Личко, и т.д.).	Тестирование, анкетирование.
	Мероприятия для обучающихся, повышающие психологическую устойчивость личности.	Тренинги, беседы, консультации
1.2	Программа групповых занятия для обучающихся по развитию коммуникативных навыков, групповой сплоченности, формированию позитивной Я-концепции.	Групповые занятия для обучающихся 5 – 11 классов
1.3	Изучение ученических коллективов.	Социометрия
1.4	Мероприятия, направленные на повышение компетентности педагогов в области профилактики суицидального поведения, распознавания признаков суицидального риска.	Групповые и индивидуальные консультации. Разработка памяток. Выступления на совещаниях. Обучающие семинары. Тренинговые занятия
1.5	Мероприятия, направленные на повышение компетентности родителей в области профилактики суицидального риска и обучению родителей навыков эффективного взаимодействия с детьми.	Групповые и индивидуальные консультации. Разработка памяток. Выступления на родительских собраниях. Привлечение социальных партнёров.
1.6	Выделение обучающихся «группы риска».	Диагностика. Анкетирование.
1.7	Разработка и реализация индивидуальных программ сопровождения обучающихся	Индивидуальные и групповые занятия. Индивидуальные консультации с семьей.
II уровень – вторичная профилактика		
2.1	Оценка риска самоубийства.	Диагностика. Консультирование.
2.2	Осуществление определенных стратегий и действий в зависимости от степени риска.	Диагностика. Консультирование. Индивидуальные занятия.

		Направление к психотерапевту (психиатру). Информирование семьи обучающегося.
III уровень – реабилитация		
3.1	Мероприятия, снижающие последствия и уменьшающие вероятность парасуицида. Социальная и психологическая реабилитация суицидента и его социального окружения	Диагностика. Индивидуальные занятия. Направление к психотерапевту (психиатру). Информирование семьи обучающегося.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В СИТУАЦИИ СОВЕРШЕННОГО СУИЦИДА/РИСКА СУИЦИДА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Суицид, совершенный учащимся образовательного учреждения (далее – ОУ), затрагивает всех субъектов образовательной среды:

- учащихся;
- родителей;
- педагогов;
- администрацию;
- других сотрудников ОУ.

В связи с этим организация деятельности психолога ОУ по оказанию психологической помощи должна строиться таким образом, чтобы взаимодействовать со всей системой в целом. Также следует осуществлять межведомственное взаимодействие при необходимости оказания медицинской, правоохранительной, социальной, информационной и других видов помощи.

В ситуации совершенного суицида/риска суицида основные направления работы психолога в ОУ заключаются в своевременном выявлении суицидального риска (у одноклассников погибшего, друзей), превентивных мерах, кризисном вмешательстве.

I. Превентивные меры

Превенция суицидов включает в себя профилактику и своевременное выявление суицидального риска.

Школы – наиболее важные площадки для продвижения здоровья и превентивного вмешательства в суицидальные действия молодежи.

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школ, решают с учетом степени суицидального риска, следующие задачи:

1. Программы предотвращения самоубийств, рассчитанные на подростков группы высокого риска, направлены на снижение факторов риска (депрессия, чувство безнадежности, стресс, беспокойство и гнев) и усиления личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки);

2. Программы профилактики самоубийств, направленные на улучшение психологической адаптации, снижают вероятность развития антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшают идентификацию своего «Я». На этапе возникновения антивитальных переживаний аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и намного реже к учителям, школьным психологам. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска может помочь им оказать именно ту помощь, в которой они нуждаются, дает знания о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию, и как порекомендовать другу/подруге обратиться к консультанту.

3. Просветительские программы по проблеме самоубийств рассчитаны на общий контингент школьников, педагогов, родителей. Позволяют повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладения и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки. Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. К сожалению, только приблизительно 25% учащихся рассказывают взрослым, если у их друга/подруги возникла идея суицида. Однако тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить эти цифры.

Формы и методы работы по осуществлению превентивных мер

1. Профилактические мероприятия: психологическое просвещение, тренинги, семинары, групповые дискуссии, разработка антикризисного плана действий в экстремальных и чрезвычайных ситуациях в ОУ.

Индивидуальная и групповая работа с учащимися включает: планирование и проведение тренингов в группе, индивидуальные консультации с детьми с целью нормализации их психического и психофизиологического состояния, проработки позитивного будущего, формирование позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками. Этому способствует также организация группового обсуждения темы с использованием, например, методики «Ценить настоящее», цикла занятий «Позитивное мышление», «Работа с эмоциями», обучение саморегуляции.

Совместная деятельность с классными руководителями. В целях повышения психологической компетентности педагогов (классных руководителей) необходимо проводить на педагогических советах информирование учителей: о видах суицида, психологических особенностях подросткового и юношеского возраста; «знаках», говорящих о суицидальных намерениях; о создании безопасной атмосферы в образовательном учреждении, возможностях получения помощи (для всех субъектов образовательной среды) в преодолении кризиса (с указанием мест ее получения).

Для родителей:

2. Планировать выступление на родительских собраниях с целью информирования родителей о психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, особенностях поведения подростка, имеющего суицидальные намерения, создании безопасной психологической атмосферы в семье, о имеющихся психологических службах.

Диагностика суицидального риска.

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

Чтобы адекватно понять суицидальное поведение, необходимо в каждом конкретном случае ответить на два вопроса: «почему» человек совершает или намеревается совершить суицидальное действие и «зачем» он хочет это сделать. Ответ на первый вопрос требует анализа объективных условий существования суицидента; ответ на второй вопрос должен объяснить, как сам суицидент оценивает сложившуюся ситуацию, как, по его мнению, эта ситуация выглядит в глазах окружающих и чего он хочет добиться в результате суицидальных угроз или реализации суицидального действия.

1. Анализ объективных характеристик: социодемографических, биографических, культуральных данных. Наблюдение за поведением в стрессовых ситуациях, эмоциональным состоянием, успеваемостью, например, с использованием карты наблюдений (КН) Д. Стотта (в адаптации Г. Л. Исуриной, 1976; В. А. Мурзенко, 1979). Методика используется для диагностики трудностей адаптации ребенка в школе, анализа характера дезадаптации и степени неприспособленности детей к школе по результатам длительного наблюдения, дает возможность получить картину эмоционального состояния ребенка, не позволяющего ему адекватно приспособиться к требованиям школьной жизни. Для анализа объективных методов объективных используются шкалы суицидального риска.

2.2. Анализ субъективных характеристик:

2.2.1. Опросники, направленные на выявление:

- безнадежности (Hopelessness Scale, Бек А., 2006);
- депрессии у детей и подростков (Шкала депрессии М. Kovacs; Индекс хорошего самочувствия WBI (ВОЗ);
- одиночества (UCL Д. Рассел, М. Фергюсон);
- агрессии (Басса-Дарки, Басса-Перри);
- личностной предрасположенности (ММРІ, ПДО А.Е. Личко, Опросник негативной аффективности - Шкала DS-14 тип Д);
- способов преодоления кризисных ситуаций – (COPE).

2.2.2. Проективные методы:

- Методика на выявление суицидального риска у детей – ПСН-2;
- Метод незаконченных предложений, Рисуночный тест Сильвера.

II. Кризисное вмешательство при высоком риске суицида

В случае выявления высокого риска потенциального суицида у одного или нескольких учащихся психолог ОУ:

1. Информировать о суицидальных намерениях учащегося узкий круг лиц, которые могут повлиять на принятие мер по снижению риска (администрацию, классного руководителя, родителей). Согласовывает с ними дальнейшие действия.

2. Осуществляет кризисную психологическую помощь подростку с суицидальными намерениями. При необходимости, согласовывает свои действия с другими специалистами (врачами, социальными службами, правоохранительными органами).

Во время общения с подростком и его социальным окружением психологу важно:

- Сохранять спокойствие и предлагать поддержку.
- Не осуждать, не конфронтировать.
- Не бояться задавать вопросы о суицидальных намерениях.
- Признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как «нормальный» вариант.
- Поощрять полную откровенность.
- Больше слушать, чем говорить.
- Сконцентрировать процесс консультирования на «здесь и теперь».
- Избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует.
- Обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред.
- Определять, справляется ли ребенок со своими чувствами, не оказывают ли они влияние на его повседневные занятия.
- Получать сведения от родителей, учителей, родственников и друзей об изменениях в поведении, их продолжительности, актуальной ситуации и возможных провоцирующих событиях.
- Выявлять и актуализировать антисуицидальные факторы.
- Изучать наличие и качество поддержки семьи и сверстников.
- Доверительно побеседовать с преподавателями, родителями и другими специалистами (школьный учитель или психолог), дать им понять, что ребенку требуется общение, заинтересованность, поддержка и понимание.
- Если симптомы сохраняются, в особенности, если они угрожают здоровью или мешают повседневной жизни ребенка, психолог должен донести до родителя необходимость консультации детского психиатра.

Целью психологической помощи является улучшение понимания и принятия себя, своих эмоций, тренировка умения успешного разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками, повышение уровня адаптации.

III. Алгоритм действий психологов в образовательном учреждении в ситуации совершенного суицида.

1. Установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации.

На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классным руководителем, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по выявлению группы риска и оказанию экстренной психологической помощи. Психолог или администрация ОУ могут самостоятельно инициировать обращение за помощью в иные организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи.

Взаимодействие с классным руководителем, социальным педагогом включает в себя получение необходимой предварительной информации о состоянии отдельных

учащихся, сбор анамнеза, информации о степени включенности детей в ситуацию (говорили, знали, обсуждали, слышали), о степени близости отношений, организация встречи с учащимися, подготовка к встрече с родителями.

2. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи. В психотравмирующей ситуации при выраженных признаках психологического неблагополучия экстренная психологическая помощь должна оказываться как детям, пережившим травматическое событие, и их родителям, так и, в основном, в виде психологической поддержки, педагогам, руководителям ОУ.

Возможные реакции на суицид:

☐ Шоковые состояния с тревогой, растерянностью.

Тревожно-фобические реакции (содержательно связанные и не связанные с событием).

☐ Подавленность, тоска, чувство вины.

Агрессия, раздражение.

☐ Актуализация старых, непроработанных проблем.

Усиление антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения.

Психосоматические реакции (вегетативные реакции, нарушения работы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, проблемы с дыханием).

2.1. Встреча с классом, в котором произошел суицид

Психолог ОУ (совместно со специалистами) в первую очередь осуществляет первичную диагностику психофизиологического состояния учащихся. Психолог ОУ проводит встречу с классом, в котором произошел случай (при необходимости может быть проведена беседа в нескольких классах):

Групповая форма работы:

Беседа с детьми позволяет:

– Оценить наличие явной или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в кризисном состоянии, так и его окружения.

– Упорядочить информацию, выстроить последовательность событий (абсолютный хаос в порядок).

– Групповое обсуждение травматического события позволяет учащимся лучше понять произошедшее, понять погибшего (его проблемы, «пусковые» факторы, послужившие последней каплей, глубину отчаяния, его чувства), отреагировать свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, вернуть чувство самообладания, утраченное равновесие. На равновесие влияют несколько взаимодополняющих факторов: реалистическое восприятие события; наличие адекватной поддержки (социальных ресурсов); адекватный способ разрешения проблемы. Следует не избегать травматического опыта, а находить ресурс для преодоления и дальнейшего развития (стали взрослее, ответственнее).

– Информировать учащихся об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия (рассказать, для чего они существуют, как работают, оставить их номера телефонов).

После группового занятия, на основе наблюдения и беседы, психолог приглашает часть нуждающихся в психологической помощи ребят на индивидуальную консультацию с целью уточнения степени воздействия травматического события и его преодоления. Часто ребята приходят сами, считая, что им нужна помощь психолога. Обращения могут быть связаны с различными страхами (остаться одному, спать без света, приходиться в то место, где был совершен суицид), плохим самочувствием, чувством вины, раскаянием, подавленным настроением и др. Также, обращения ребят могут быть направлены на получение консультаций по вопросам непонимания, одиночества, низкой самооценки. После группового занятия, в случае, если сформировано доверие, ребенок может поделиться суицидальными мыслями.

Индивидуальная форма работы:

При индивидуальной форме работы, направленной на оценку состояния при аутоагрессии деструктивного характера, беседа обычно проводится по следующим этапам:

Этапы беседы	Главные задачи этапа	Используемые приемы
Начальный этап	Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства»	«Сопереживание », «Эмпатийное выслушивание»
Второй этап	Установление последовательности событий, которые привели к кризисной ситуации; снятие ощущения безвыходности ситуации	«Преодоление исключительности ситуации», «Поддержка успехами и достижениями», «Структурирование беседы», «Постоянное внимание к содержанию», «Определение конфликта »
Третий этап	Совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации	«Интерпретация», «Планирование», «Удержание паузы», «Фокусирование на ситуации»
Заключительный этап	Окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка	«Логическая аргументация», «Рациональное внушение уверенности»

В целях оценки травматических переживаний детей при проведении индивидуальной беседы (с 8-го класса), возможно применение полуструктурированного интервью Фатхи О. «Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве».

Непосредственное общение между психологом и ребенком во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия.

Для учащихся средней школы можно применить проективный тест «Несуществующее животное». Для учащихся начальных классов, - диагностическую методику Бетенски Мала «Что ты видишь?».

Проективные методики, методы арттерапии, игровые упражнения также позволят более полно оценить степень включенности в ситуацию, меру переживания и степень суицидального риска учащихся.

Необходимо помнить о том, что на третьи сутки, как правило, наступает психологическое и физическое истощение у людей, переживших травматическое событие, поэтому психологическую работу необходимо планировать с учетом динамики состояния пострадавших.

При выраженности, длительности или стабильности перечисленных выше болезненных проявлений, возникших в ответ на травматическое событие, необходимо индивидуальное психологическое консультирование подростка (по его запросу, запросу родителей или администрации школы).

2.2. Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку (в постсуицидальный период). В этот период времени консультирование должно быть сфокусировано на оценку наличия суицидальных намерений и их снижении (болезненных фантазий о смерти, неприятии, враждебности, потере и наказании), а также на стабилизацию ситуации.

Распознавание суицидальных тенденций и их диссимуляции важны для предотвращения повторных покушений на самоубийство в ближайшем или позднем постсуицидальном периоде.

Выделяют четыре типа постсуицидальных состояний:

1) Критический:

а) Конфликт утратил свою актуальность. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность», привело к «обрывающему» эффекту.

б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет.

в) Отношение к совершенной попытке негативное - чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертвы и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

2) Манипулятивный:

а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий подростка на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к совершенной попытке рентное — легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом, однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. При втором типе постсуицидальных состояний вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

3) Аналитический:

а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к попытке негативное — раскаяние за совершенное покушение, «понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как необдуманный шаг под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

4) Суицидально-фиксированный:

а) Конфликт актуален.

б) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимилируются).

в) Отношение к суициду — положительное.

При данном типе постсуицида подросток продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т.е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

Особенности беседы после совершенного суицида.

Одна из частых ошибок психолога, контактирующего первый раз с подростком, совершившим покушение, является тактика интервью, в соответствии с которой разговор о суициде переносится на конец беседы. Это связано с представлением о том, что выяснение вопросов, связанных с самоубийством, может ухудшить контакт с подростком.

Психологическое консультирование родителей направлено на:

– Информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними.

- Рекомендации по вопросам взаимоотношения с детьми.
- Информирование об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия.
- В случае выраженности негативных реакций на травматическое событие, оказание экстренной психологической помощи.

Взаимодействие с классным руководителем, другими педагогами.

Для школьного психолога во многом именно педагог является связующим звеном между ребенком, его родителями и психологом. Педагоги в силу своей профессиональной деятельности больше всего контактируют с детьми и их родителями, поэтому они (наряду с родителями) могут обратить внимание на изменения в поведении ребенка, заметить признаки психологического и психического неблагополучия.

Психолог ОУ: – Информировует о признаках психологического неблагополучия, о влиянии травматического события на психику ребенка (как о закономерностях, так и возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой.

- Дает рекомендации педагогам (или консультирует) по вопросам взаимоотношения с детьми, пережившими данные события. Повышение психологической компетенции сотрудников образовательного учреждения по данным вопросам поможет избежать состояния растерянности и беспомощности и, во многом, определит выбор более активных и эффективных способов совладания с данной проблемой, поможет предотвратить профессиональное выгорание.

- Обращает внимание педагогов на их собственные чувства, возникшие в связи ситуацией, оказывает им (по их запросу) психологическую помощь (осознание, принятие, отреагирование чувств, актуализация ресурсов, формирование совладающего поведения). Педагог, который сумел совладать с ситуацией, может внести вклад в установление благоприятных условий для обучения ребенка.

Если педагог приглашает психолога на родительское собрание, то психолог имеет возможность дать необходимую информацию не только сотрудникам образовательных учреждений, но и родителям - о возможных реакциях ребенка на травму, о взаимодействии с ним, о ситуациях, когда взрослые могут справиться самостоятельно, а когда, к кому и по каким адресам следует обратиться за профессиональной помощью. Педагог на собрании сам может дать родителям краткую информацию о психологической службе в школе, телефон службы. В случае если педагог видит необходимость профессиональной помощи конкретным детям, он может порекомендовать родителям обратиться с ребенком в психологическую службу (к школьному психологу или в Центр психолого-медико-социального сопровождения) с целью нормализации состояния, проработки чувств, снижения и предотвращения негативных последствий для психики ребенка.

3. Заключительный этап

3.1. Психологу необходимо установить согласованный «срок завершения» данной работы: то есть, когда основные проблемы, связанные с событием, решены и начинается обычная школьная жизнь.

3.2. Если в СМИ, по телевидению, в Интернете продолжаются выступления по этому поводу, информировать учащихся школы об имеющихся манипулятивных действиях (если этот факт имеет место), о том, насколько данная информация может быть искажена, кому она может быть выгодна, как к ней относиться.

3.3. Провести с педагогическим составом занятия по минимизации стрессового воздействия: тренинги по саморегуляции.

3.4. Отслеживать психоэмоциональное состояние детей в целях профилактики расстройств эмоционального спектра.

3.5. С целью выявления отставленных реакций у детей и подростков необходимо проведение психодиагностических мероприятий с использованием

полуструктурированного интервью «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» Тарабриной Н.В., Шкалу депрессии для детей и подростков М. Kovacs.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.
2. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. – № 4.
3. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы в арт-терапии. – М.: Эксмо -пресс, 2002.
4. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006.
5. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология/В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, – 2008.
6. Вроно Е. М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков/ Е. М. Вроно . – М.: Академический проект, 2001.
7. Вроно Е. М., Ратинова Н. А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков / Е. М. Вроно, Н. А. Ратинова// Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. Стр. 38–46.
8. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов . – СПб.: Диалект, 2004. – 30 С.
9. Костюкевич В. П., Биркин А. А., Войцех В. П., Кучер А. А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога /В.П. Костюкевич, А. А. Биркин, В. П. Войцех, А. А. Кучер. – М., 2003.
10. Матафонова Т. Ю., Пелешенко М. А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве//Методическое руководство. – Ч. 2. – 2006.
11. Прихожан А. М. Толстых Н. Н. Психология сиротства. 2- е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/PPs-2005/PPs-400.htm>
12. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия/ Г. В. Старшенбаум . – М.: Когито - Центр, 2005.
13. Справочник педагога-психолога. Школа. ЗАО «МЦФЭР», № 6, 2015

Подростковый суицид: особенности, типы, причины, пути профилактики.

Понятие суицид не ограничивается самим актом лишения себя жизни, оно более широкое и включает в себя суицидальные мысли, представления, замыслы, намерения, суицидальные попытки и завершённый суицид. Весь этот комплекс принято называть «суицидальным поведением».

Статистика говорит о том, что суицидальная активность резко возрастает к 14-15 годам и достигает своего максимума в 16 – 19 лет. Суицидальное поведение детей и подростков имеет ряд особенностей и обусловлено спецификой психофизиологического развития личности.

Первой возрастной особенностью, подталкивающей ребенка к суицидальному способу решения проблем, является неадекватное отношение к смерти. Особенностью детского (мистического) понимания смерти является двойственность смерти и бытия. В сознании ребенка происходит некое расщепление: с одной стороны, ребенок видит себя в гробу, горько оплакиваемого родственниками, с другой – предполагает, что может быть свидетелем собственных похорон. Факт собственной смерти в сознании ребенка становится «временным» и воспринимается как способ влияния на значимых близких. И только к концу подросткового возраста формируется правильное представление о смерти, как необратимом прекращении жизни.

На таких особенностях подростков, как внушаемость, склонность копировать образцы поведения, идентификация с кумирами, основан «подражательный суицид». Риск реализации суицидальных намерений в таком случае возрастает, если зафиксирован случай суицида среди родственников или друзей. Большое значение приобретает сам обряд похорон, его трагичность, пышность и внимание к персоне погибшего, которого остро не хватает самому ребенку. Способствует укреплению суицидальных намерений описание в СМИ и литературе способов самоубийств, трагических судеб самоубийц, красивых похоронных обрядов и глубокого раскаяния близких. Для профилактики подобных суицидальных тенденций необходимо снимать с самоубийства романтический ореол. Полезно беседовать с подростками о совсем «не эстетических» последствиях смерти, показывать банальность ситуации, отсутствие ее исключительности. Необходимо также психологическое просвещение подростка о возрастных особенностях, реакциях группировки и подражания кумиру. Подобная работа должна вестись с большим тактом, осторожно и продуманно, чтобы не достигнуть противоположного эффекта.

Характерным для старшего подросткового и юношеского возраста является самоубийство по типу «философской интоксикации сознания». К подростковому возрасту уже сформировано такое психологическое новообразование как рефлексия. Для ребенка в таком возрасте характерен поиск ответов на экзистенциальные, глобальные философские вопросы. Подросток начинает осознавать ценность собственной личности, для него крайне важно найти свое место в жизни; осознать смысл бытия и сущность смерти. Однако подросток, еще не защищенный жизненным опытом и обладающий категоричным, «черно-белым» мышлением, максимализмом, вдруг обнаруживает дисгармоничность и противоречивость жизни. Жизненная гармония, как ему кажется, восстанавливается деструкцией, а значит смертью. Этот тип суицидов порождается «экзистенциальным вакуумом» и очень трудно поддается прогнозам. Безусловно, вышеперечисленные черты в большей или меньшей степени характерны всем подросткам, однако есть такие дети, которые глубже других погружены в свой внутренний мир. Они испытывают затруднения в общении, замкнуты, чаще из благополучных семей, духовно развиты, много читают, эрудированны, хорошо учатся в школе. Они представляются окружающим вполне благополучными, хотя и не так активны как их сверстники, не конфликтны. Основой профилактики в подобных случаях становится индивидуальная работа с подростком, повышение его самооценки, вселение уверенности в собственные силы, укрепление психологических ресурсов личности. Педагогам социально-

гуманитарного цикла на примерах конкретных личностей полезно демонстрировать стойкость и силу человеческого духа, доказывать осмысленность человеческого бытия. Родителям же необходимо перестать посвящать ребенка абсолютно во все житейские проблемы семьи, особенно в те, где ребенок не способен помочь, а также демонстрировать собственную беспомощность перед жизненными проблемами и несчастливостью. Это не значит, что подростка нужно оградить от всех невзгод, но взрослые всегда должны помнить о ранимости и неустойчивости детской психики. Какими бы тяжелыми не были жизненные обстоятельства, ребенок не должен быть ресурсом и опорой для родителей. Наоборот, подросток всегда должен быть уверен, что в семье он найдет и опору, и поддержку, и защиту.

Психиатры считают, что более половины суицидальных попыток в подростковом возрасте носят демонстративный характер, и призваны привлечь внимание значимых людей. Тем не менее, в этом вопросе нужно проявлять осторожность, так как порой достаточно сложно отличить истинный суицид от демонстративного, а потому ко всем проявлениям суицидального поведения необходимо относиться внимательно и серьезно.

Исследователи описывают несколько подтипов демонстративного суицида, остановимся на особенностях некоторых из них.

Е.М. Вроно и Н.А. Ратинова выделяют демонстративно-шантажный суицид с агрессивным компонентом и демонстративно-шантажный суицид с манипулятивным компонентом. Характеристики их имеют ряд отличий, рассмотрим отдельно каждый из типов.

Первому типу зачастую подвержены подростки из конфликтных семей (чаще всего это мальчики), где нет асоциальности, но на лицо полное отсутствие культуры взаимоотношений, неумение членов семьи контролировать негативные эмоции, разрешать конфликты конструктивным способом. Такие семьи педагогически несостоятельны, воспитание сводится к несистематическим наказаниям, зачастую жестоким, с применением физической силы. Положительное внимание отсутствует, система поощрений не выработана. Жестоким и непоследовательным стилем воспитания вызывает у детей озлобленность и страх, чувство протеста. Среди сверстников такие подростки, как правило, чувствуют себя дискомфортно, поскольку им свойственны завышенные притязания, обидчивость и раздражительность, приводящие к конфликтам.

Первые суицидальные действия чаще наблюдаются в младшем подростковом возрасте. Они могут быть вызваны чувством обиды на сверстников, родителей, учителей, выражать протест против их действий. Актом суицида подросток стремится доказать свою правоту и одновременно отомстить обидчику, причинить ему вред. После совершения суицидальной попытки наступает эмоциональная разрядка, однако, если ситуация спровоцировавшая аутоагрессию, не разрешается, высок риск повторения суицидальной попытки.

Основой профилактики может стать опора на позитивное в семье и характере подростка. Необходимо формирование психолого-педагогической компетентности родителей, помощь им в формировании адекватного и приемлемого стиля воспитания, обучение навыкам конструктивного взаимодействия с ребенком. В работе с ребенком усилия необходимо направить на снижение конфликтности, обучение навыкам конструктивного общения, адекватного и приемлемого способа выражения негативных эмоций, снятию напряжения методами релаксации. В школе необходимо снижение учебной нагрузки, избегание наказаний, частое использование поощрений. В конфликтных ситуациях подростка нельзя провоцировать, не допускать открытой агрессии, на угрозы реагировать немедленно, но спокойно. Прогноз при данном типе суицидального поведения не благоприятен, поскольку бывает достаточно сложно добиться необходимого уровня сотрудничества с семьей ребенка.

В группу риска демонстративно-шантажного суицида с манипулятивной мотивацией также входят подростки из дисгармоничных семей. Отношения к ребенку

отличаются эмоциональной нестабильностью, неадекватно завышенными требованиями. Родители, чаще мать, пытаются реализовать через ребенка собственные неудовлетворенные стремления, совершенно не учитывая особенности личности, потребности и интересы самого ребенка. Воспитание также носит противоречивый, несистемный характер, часто заключааясь в подкупе, задабривании с одной стороны, и в унижительных запретах – с другой.

Дети и подростки данной группы весьма умелые манипуляторы. В начальной школе, как правило, они достаточно успешны в силу своей высокой социальной активности и притязательности. Однако к началу подросткового возраста их поведение значительно меняется. Усложнение школьной программы делает успех невозможным без значительной затраты усилий, к чему такие дети оказываются не готовыми. Завышенная самооценка и высокий уровень притязаний, проявляющиеся в вызывающем поведении, приводят к конфликтам с учителями и сверстниками. Лидерские тенденции остаются нереализованными, вследствие чего они становятся в позицию «непонятых», часто меняют группы. Неблагополучное положение в школе детьми часто скрывается: они могут подделывать записи в дневнике, сочинять трагические рассказы о травле в школе со стороны учителей и одноклассников.

Первые попытки суицида возникают в среднем подростковом возрасте и могут быть вызваны страхом разоблачения или наказания в связи с раскрытием обмана, обидой, желанием привлечь к себе внимание окружающих и заставить их изменить их поведение и отношение. Нередко угроза разрыва любовных отношений является причиной суицидных действий и смысл их заключается в том, чтобы доказать глубину своих переживаний и воздействовать на партнера.

В период подготовки попытки суицида происходит рациональный поиск наиболее безболезненного способа, не приносящего ущерб внешности, и прогнозируются возможные последствия своих действий, обеспечивается собственная безопасность – о своем намерении заранее сообщается окружающим, на видных местах оставляются записки, высчитывается время, подбирается безопасная доза лекарств и так далее. Однако, как и в предыдущей группе, несмотря на отсутствие желания умереть, возможны неожиданные подростком тяжелые медицинские последствия. В случае, если спровоцировавшая суицид ситуация разрешается в пользу подростка, подобное действие закрепляется в поведении как эффективный способ достижения цели и воздействия на окружающих.

В основу профилактики ложится внимание родителей к подростку, их желание заниматься его воспитанием. Необходимо психологическое просвещение родителей, изменение стиля семейного воспитания, контроль за учебой и поведением, не допускающий возможность манипуляции и обмана. Подростка необходимо обучать конструктивным способам разрешения конфликтов, формировать у него адекватную самооценку и уровень притязаний, повышать его статус в группе сверстников. Прогноз в подобных ситуациях благоприятен.

Необходимо добавить, что подростки, совершившие попытку демонстративного суицида, в обязательном порядке должны пройти обследование у специалиста, чтобы исключить психическую патологию, поскольку данный вид суицида наиболее часто встречается при психопатиях, неврозах и других психических расстройствах. Также существует необходимость учета особенностей поведения близких подростка после попытки суицида. Их поведение обычно характеризуется повышенным вниманием к подростку, страхом за него, исполнением всех его желаний, решением конфликтов в его пользу. Это объясняется беспокойством родителей за судьбу подростка, но является большой ошибкой, так как провоцирует ребенка на новый виток суицидальной активности. Подросток, наряду со стыдом и раскаянием за свой поступок, испытывает удовлетворение от решения своих проблем. В такой ситуации не происходит личностного роста, ребенок не усваивает новых, конструктивных способов решения проблемных

ситуаций, и в случае возникновения новых затруднений, может вновь прибегнуть к акту суицида как проверенному способу разрешения трудностей. Так формируется суицидальный паттерн поведения, изменить который крайне сложно даже специалисту.

А.Е. Личко и А.А. Александров, наряду с демонстративным суицидом, выделяют такие типы как «аффективный суицид» и «истинное суицидальное поведение».

Под аффектом принято понимать сильное душевное волнение, выражающееся в кратковременной, но бурно протекающей психической реакции, во время которой сознание и способность мыслить сужаются, а способность контролировать свои действия ослабляется. В основе подобного типа суицида лежит острая аффективная суицидальная реакция, которая совершается по механизму «короткого замыкания» на фоне относительного благополучия, либо на фоне затяжной психической травмы, когда повод для совершения попытки играет роль «последней капли». Причем, повод достаточно малозначительный. Для совершения попытки суицида, подростком используются средства, оказавшиеся под рукой, часто малоэффективные. Сами подростки при анализе своего поступка испытывают трудности. Чаще они отмечают, что у них было истинное желание покончить с собой, наряду с желанием отомстить обидчику; в момент же совершения попытки, а иногда и до нее, если аффективное напряжение спадало, подобные мысли уступали силе рассудка. После аффективного разряда все подростки искренне раскаивались в своем поступке, испытывали смущение и легко склонялись к мысли, что не собирались лишать себя жизни.

Исследователи сходятся во мнении, что основной вид действий подростков с аффективным суицидом – импульсивное действие. Оно совершается по первому побуждению, под влиянием сильного впечатления, это действие поспешно, человек недостаточно серьезно обдумывает свой поступок, не взвешивает возможные последствия. Подростка в первую очередь увлекает удовлетворение желания, вследствие нахлынувшего сильного чувства. В этом действии четко выражен мотив, а цель не ставится, сознание не концентрируется на результате и последствиях. Аффективное действие возникает при затруднении в удовлетворении потребности, при необходимости выполнить непосильное дело, при обиде, конфликте. Сопутствующими эмоциями становятся ярость, обида, отчаяние, ужас. Внешне наблюдаются изменение дыхания, пульса, экспрессии в жестах, плаче, крике. Снижается контроль сознания.

Профилактика основывается на изменении стереотипа взаимодействия взрослых с подростком и просвещение взрослых относительно возрастных особенностей подростков, их физиологии и особенностей эмоциональной сферы. Родителям рекомендуется проявлять мудрость и выдержку, не доводить конфликты до апогея, вызывающего аффект. Взрослыми должны предъявляться четкие и разумные требования, соответствующие возрасту и личностным особенностям ребенка. В конфликтных и стрессовых ситуациях необходимо купирование аффекта в начальной стадии, что достигается при помощи переключения внимания на новую деятельность, обсуждение же возможно только после полного успокоения подростка, необходимо продемонстрировать понимание его душевного состояния, но вместе с тем тактично указать на невыдержанность.

Истинное суицидальное поведение развивается зачастую на фоне депрессии. Стойкое желание умереть не носит случайного характера, идеи смерти достаточно долго вынашиваются и являются результатом оживления под влиянием неблагоприятных факторов определенного стереотипа суицидального поведения. Состояние подростка улучшается и исчезают мысли о суициде только тогда, когда разрешается психотравмирующая ситуация. Подобный тип суицида в подростковом возрасте встречается редко.

В основе профилактики лежит просвещение родителей и педагогов: распространение знаний о признаках подростковой депрессии, ее особенностях, внешних проявлениях «маскированной депрессии» в виде девиантных поступков. Особое внимание уделяется позитивному изменению внешней среды подростка, только принципиальное

улучшение психотравмирующей ситуации ведет к успеху в превенции суицидального поведения.

Проявление депрессивного состояния у подростков отличается от такового у взрослых. Подросткам присуще печальное настроение, чувство скуки, усталости; нарушения сна, соматические жалобы, неусидчивость и беспокойство, фиксация на мелочах, чрезмерная эмоциональность, замкнутость, рассеянное внимание, агрессивное поведение, непослушание, злоупотребление алкоголем или наркотиками, плохая успеваемость, прогулы школы, изменение пищевого поведения (переедание или отказ от пищи). Также одним из тревожных симптомов должно стать кардинальное изменение привычного образа жизни подростка (отсутствие интереса к ранее любимым делам, отсутствие потребности в общении и т.д.).

В более чем половине случаев подросткового суицида ребенком руководит не желание умереть, основная цель – оказание влияния на значимого другого. Причины суицидального поведения равномерно делятся между любовными конфликтами, конфликтами с родителями и неприятностями в школе.

Как видно, в отличие от взрослых, картина пресуицидального состояния у подростков не имеет монолитного, единого признака. Мозаичность, вариабельность, лабильность пресуицидального статуса создает особые затруднения в распознании угрозы самоубийства.

Исследователи выделяют следующие суицидоопасные группы (таблица 1).

Таблица 1.

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

Можно обозначить ряд факторов, повышающих риск возникновения суицида:

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

2. Детство, проходящее в психологически разрушенных семьях: отвержение в семье, назойливая опека, жестокость и требовательность без ласки, критичность к любым проявлениям подростка, морализаторство. Особую опасность представляют скрытые, не проявленные и внешне бесконфликтные ситуации: неадекватные стили воспитания и обращения с ребенком; ненормальное подавление самостоятельности, несвобода; бесконечное морализаторство, поучения; несправедливые наказания и ограничения. Также актуальна проблема насилия над ребенком и жестокость по отношению к нему.

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

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

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

Отдельно можно выделить ряд следующих факторов:

- смерть близкого, любимого человека, разрыв значимых любовных отношений;
- неразделенная любовь;
- измена любимого человека;
- совершение уголовно- наказуемого преступления и др.

Выделяют экстраперсональные и интраперсональные факторы повышенного суицидального риска (таб. 2).

Таблица 2

Факторы повышенного суицидального риска

Экстраперсональные факторы	Интраперсональные факторы
- Психозы и пограничные психические расстройства; - суицидальные высказывания, повторные суицидальные действия, постсуицидальный период (до 3 месяцев); - подростковый период; - экстремальные, особенно так называемые «маргинальные» условия (длительные экспедиции, заключение, вынужденное одиночество и др.); - утрата семейного и общественного престижа, особенно в группе сверстников; - конфликтная психотравмирующая ситуация; - пьянство, употребление наркотиков и токсикоманических средств.	- Особенности характера, преимущественно шизоидного, сенситивного, эпилептоидного и психастенического типов; - сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам; - неполноценность коммуникативных контактных систем; - неадекватную личностным возможностям самооценку; - отсутствие или утрату целевых установок, лежащих в основе ценности жизни.

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

- 1) насилие, особенно сексуального характера;
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство;
- 3) депрессия;
- 4) дисморфофобия (глубокая озабоченность мнимыми или незначительными недостатками собственной внешности, отталкивающих окружающих).

Следует отметить недостаточно адекватную оценку последствий аутоагрессивных действий. Подростки фактически отрицают очевидность смерти для себя, гоня на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами и др. Более старшие подростки принимают мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицают реальность этой возможности.

Сложности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев подросткового суицида обуславливаются несерьёзностью, мимолетностью и незначительностью (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийств.

С большой долей уверенности можно говорить о наличии взаимосвязи между попытками самоубийств подростков и другими формами отклоняющегося поведения (побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т. д.).

Признаки суицидального поведения у несовершеннолетних

Для достоверного и своевременного начала работы по предотвращению возможных попыток педагогам, работающим с детьми подросткового и юношеского возраста, необходимо иметь представление о признаках суицидального поведения.

1. Смерть и самоубийство становятся постоянными темами разговоров.
2. При прослушивании предпочтение отдается траурной или скорбной музыке.
3. Происходит раздача личных вещей, составление завещаний.
4. Ведутся разговоры об отсутствии ценности жизни.
5. Фантазирование на тему своей смерти.
6. Проявляющийся интерес (прямой или косвенный) к возможным средствам самоубийств (отравляющие вещества, возможности приобретения оружия и т.п.).
7. Частые прямые высказывания типа «Я не могу этого выдерживать», «Я не хочу жить», «Я хочу умереть и умру», «Нет смысла жить дальше», «Я никому не нужен, меня никто не любит», «Будет лучше, если я умру».
8. Косвенные высказывания типа «Ничего, скоро вы отдохнете от меня», «Он очень скоро пожалеет о том, что отверг меня», «Ничего, скоро это все закончится для меня». Конечно, при этом необходимо учитывать контекст высказывания.
9. Приобретение средств для совершения суицида.
10. Приведение дел в порядок, внезапное завершение долгосрочных дел.
11. Высказывание тяжелых самообвинений, жалобы на собственную безнадежность, неуспешность, беспомощность.
12. Написание прощальных писем.
13. Странное для окружающих «прощальное» поведение с людьми.
14. Несвойственная ранее молчаливость или, наоборот, высказывания со скрытым смыслом, связанным со смертью, символические высказывания.
15. Особый интерес к тому, что происходит с человеком после смерти.
16. Проявление признаков депрессии:
 - пониженное настроение, глубокая печаль;
 - резкие перепады настроения, повышенная эмоциональная чувствительность и лабильность, раздражительность, слабость и плаксивость;
 - изменение пищевого поведения (потеря аппетита – переедание);
 - повышенная сонливость – бессонница;
 - снижение энергетического тонуса организма, усталость, недомогание;
 - снижение внимания;
 - нерешительность;
 - апатия, потеря интереса к вещам, людям и ситуациям, ранее вызывавшим живой интерес;
 - социальная самоизоляция, отход от друзей, семьи, молчаливость;
 - негативный фон отношения к себе: чувства вины, стыда, растерянности;
 - пессимистичное отношение к будущему, негативное восприятие прошлого;
 - снижение полового влечения;
 - снижение эффективности труда (в учебе, в быту);
 - нарастание эмоционального напряжения.

17. Быстрая смена чувств, изменчивость настроения. Синдром тревожно - ажитированного поведения: внешне – подъем, однако с признаками суеты и спешки.

18. Апатия, отсутствие интереса к чему-либо. Бесполезное времяпрепровождение. Депрессия, приступы бессилия, безволия; подросток тяжел на подъем, уходит от обязанностей, бесполезно проводит время, в поведении сонливость и оцепенение.

19. Паралич действия, который выражается в неспособности планировать и осуществлять текущие дела.

20. Низкая толерантность к конфликтам, нарастание немотивированной агрессивности. Высокая ранимость и бурные реакции на неудачи.

21. Употребление алкоголя, наркотиков, токсикомания.

Иногда индикатором суицида могут стать поступки типа раздаривание ценных личных вещей, предметов увлечений, улаживание конфликтов с родными и близкими. Наряду с этим перед актом суицида подростки демонстрируют приподнятое настроение, повышенную активность, что ошибочно воспринимается как улучшение состояния. На самом деле подобное поведение наблюдается при истинных суицидальных намерениях и говорит о том, что подросток принял решение уйти из жизни и хочет напоследок уладить все свои дела.

Особенности общения взрослых с несовершеннолетними, демонстрирующими признаки суицидального поведения

В случае подозрения о наличии суицидальных намерений у подростка, беседу с ним можно строить следующим образом: «Как твои дела? Как ты себя чувствуешь? Ты выглядишь, словно в воду опущенный, я хочу понять, что с тобой происходит».

Если подросток открыто высказывает суицидальные намерения, следует обсудить с ним эту проблему: «Ты надумал покончить с собой? Как бы ты это сделал? А что будет, если ты причинишь себе боль? Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Что происходило в тот период? Если бы я попросила тебя не причинять себе боль, ты бы смог отказаться от своих намерений? Что мешает тебе дать такое обещание? Что помогало справляться с трудностями в прошлом? Помогло бы это теперь? От кого бы ты хотел получить помощь? Знают ли твои близкие, что тебе трудно сейчас?». Подобная беседа является первичной формой профилактики суицида и может быть проведена любым человеком, находящимся рядом с подростком, переживающим кризис. Взрослые должны понимать: необходимо очень серьезно относиться к любым угрозам. Слушайте внимательно. Подросток должен почувствовать, что вы не равнодушны к его проблемам. Настаивайте на том, что самоубийство неэффективный способ решения проблем, попытайтесь заключить соглашение о не совершении самоубийства. Основным пунктом соглашения должно быть обещание подростка не причинять себе боль никаким образом.

Молодым специалистам полезно знать общие правила консультирования лиц, намеревающихся совершить самоубийство. Во-первых, с такими клиентами нужно чаще встречаться. Консультант должен обращать внимание суицидного клиента на позитивные аспекты его жизни. Например: «Вы упоминали, что прежде многим интересовались. Расскажите о своих увлечениях» или «Всегда есть ради чего жить. Что Вы думаете об этом?». Такие вопросы помогают клиенту изыскать ресурсы для преодоления трудного этапа жизни.

Узнав о намерении клиента совершить самоубийство, не следует паниковать, пытайтесь отвлечь его каким-то занятием и прибегать к морализированию («От этого ничего не изменится», «Знаете ли Вы, что все религии считают самоубийство величайшим грехом?»). Такая тактика лишь убедит клиента, что его никто не понимает и консультант – тоже!

Эффективная терапевтическая работа с суицидальным клиентом малоэффективна без привлечения значимых близких (родных, друзей).

Данные правила являются общими как для взрослых, так и для детей. В случае консультации с подростком крайне важно внимательно слушать: одобрять то, что он

обсуждает свои намерения с вами или другим доверенным лицом. Крайне важно применение приема «активного слушания» – слышать и отражать детские чувства, не давать советов, не осуждать, не стараться найти простые и «готовые» решения. Необходимо дать подростку почувствовать, что он услышан, что его не осуждают и принимают.

Краткий обзор типов, причин и возрастных особенностей суицидального поведения дал возможность наметить конкретные пути профилактической работы. Специалистам, работающим в рамках превенции суицидов работу с детьми необходимо строить на основе формирования психологической устойчивости личности, адекватной самооценки, навыков конструктивного общения, способности контролировать негативные эмоциональные проявления. Работа с родителями должна заключаться не просто в информировании относительно признаков депрессии и надвигающегося суицида, а, прежде всего, в перестройке конфликтного, дисгармоничного стиля семейного воспитания.

Правила общения с суицидентом.

Можно выделить следующие общие правила общения с суицидальными подростками:

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

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

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

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

- обеспечить постоянное наблюдение за ребенком, сделать недоступными для него предметы и вещества (например, лекарства), с помощью которых он может осуществить свой суицидальный замысел до тех пор, пока врач – психиатр не даст свои рекомендации;

- успокоить подростка беседой и (по согласованию с медиком) с помощью лекарств дать возможность ему выговориться (катарсис);

- организовать обследование у врача – психиатра в психиатрическом диспансере по месту жительства.

Для выбора оптимального подхода к подросткам с выраженными акцентуациями характера следует учитывать их особенности. К примеру, несовершеннолетние, для которых характерно формирование шизоидной акцентуации, отличаются склонностью к видам деятельности, где существует четкий регламент (устав), типовые, формализованные подходы. Именно в деловой, формальной сфере отношений они получают максимум удовлетворения от выполняемой работы. В то же время они отличаются склонностью к фантазиям, могут реализовать их, будучи предоставленными самим себе, действуя в одиночку, уходя в себя.

Подростки с возбудимым (эпилептоидным) типом акцентуации требуют активных, твердых, а нередко и жестких воспитательных мер. Здесь должен быть максимальным образом реализован метод «кнута и пряника», основанный на четком понимании

воспитуемым того, что за хорошим поведением следует поощрение, а за плохим – неотвратимое и нежелательное наказание. Оптимальную воспитательную роль играет дисциплина, четкий распорядок, активно внедренные в повседневную жизнь подростка; жестко установленная внутри коллектива субординация. Этому требованию в значительной степени отвечают детско-юношеские военизированные учреждения. Однако следует иметь в виду, что любое отступление от заведенного стереотипа может вызвать у эпилептоидной личности вспышку неконтролируемой ярости, агрессии. При этом, чем раньше началась систематическая работа по коррекции эмоционально-поведенческих реакций у ребенка с возбудимым типом личности, тем больше надежды на положительный результат во взрослом состоянии.

Педагогическая коррекция особенностей психастенического (педантичного, по классификации К. Леонгарда) типа связана с демонстрацией и реализацией своего доброжелательного отношения к ним. До тех пор, пока астеники не привыкли к обстановке и требованиям учебного заведения, не освоились в микросреде, желательно ограничивать объем предлагаемых им заданий; не связывать их жестким лимитом времени; опрашивать, не вызывая прилюдно к доске; категорически следует избегать ситуаций, травмирующих самолюбие этих детей. При наличии комфортного для них климата в окружающей среде проявления акцентуации значительно уменьшаются. Большое значение при этом имеет приобретенный опыт, навыки. Хорошим подспорьем на этом пути может быть аутотренинг или другие виды психотерапии.

Подростки – истерики (демонстративная акцентуация) могут успешно реализовывать свои внутренние тенденции в творчестве (школьный театр, танцевальный класс и пр.), где им предоставляется легальная возможность быть на виду.

Возможен альтернативный тип коррекции акцентуированных подростков – выработка дополнительных черт характера в процессе воспитания. Для такой личности необходимо придумать очень мощный стимул, обеспечивающий мобилизацию внутренних ресурсов на изменение своего характера. Кроме того, такого рода воспитательный процесс предполагает участие в нем весьма квалифицированного специалиста по педагогике и психологии и, безусловно, содействие микросреды, окружающей подростка. Опасностью этого пути является возникновение гиперкомпенсации или псевдокомпенсации, когда новые черты личности препятствуют полноценной приспособляемости к окружающим условиям.

Взрослому, работающему с подростком, в поведении которого прослеживаются суицидальные намерения, следует помнить о ранимости и отчаянии, царящем в его душе, всерьез принимать его проблемы.

Скрининг-диагностика индикаторов суицидального риска.

Для скрининг-диагностики используется карта индикаторов суицидального риска, которую классные руководители заполняют самостоятельно на каждого ученика в классе.

Инструкция звучит следующим образом: «Ознакомьтесь с индикаторами суицидального риска. Проанализируйте поведение каждого учащегося вашего класса в соответствии с данными индикаторами. За каждый имеющийся у учащегося индикатор суицидального риска ставится 1 балл».

Индикаторы суицидального риска

Фамилия, имя учащегося				
Индикаторы суицидального риска	Показатель по четвертям			
	I	II	III	IV
I. Ситуационные				
1. В школе				
1.1. Конфликты с учителя				
1.2. Конфликты с одноклассниками				
1.3. Отвержение (изгой или низкий, неустойчивый статус в классе)				
1.4. Насилие (факт или угроза)*				
1.5. «Новички» (сменившие город, школу, класс)				
2. В семье				
2.1. Низкий материальный статус семьи				
2.2. Неблагополучная семья (асоциальная)				
2.3. Конфликтные отношения в семье				
2.4. Признаки применения в семье физического, эмоционального насилия (к ребенку или членам семьи)				
2.5. Развод, уход из семьи ее члена				
2.6. Смерть близкого человека				
2.7. Суицидальная наследственность в семье (особенно недавний суицид)				
3. Личные				
3.1. Любовная неудача				
3.2. Внезапная утрата престижа (вина, позор, унижение)				
3.3. Суицид среди друзей				
3.4. Беременность				
3.5. Страх наказания				
II. Поведенческие**				
1. Злоупотребление психоактивными веществами				
2. Эскейп-реакции (уходы из дома; прогулы дома)				
3. Протесты, снижение дисциплины, правонарушения				
4. Равнодушие к неудачам, своей судьбе				
5. Склонность к рискованным поступкам				
6. Изменение привычек, например, несоблюдение личной гигиены, неряшливый вид				
7. Интерес к темам смерти и самоубийств				
8. Чувство бессмысленности жизни				
9. «Приведение дел в порядок» (раздавание личных вещей на память, прощальные письма и т.п.)				
10. Прямые или косвенные (намекы) сообщения о суицидальных намерениях				

III. Эмоциональные (признаки депрессии)***				
1. Проявления печали, подавленности или отчаяния				
2. Потеря энергии, чувство усталости				
3. Нарушение сна, аппетита, снижение веса				
4. Соматические жалобы				
5. Медленная, тихая, маловыразительная речь, рассеянность внимания				
6. Замкнутость				
7. Снижение интереса к обучению, ухудшение успеваемости				
8. Чувство неполноценности, самообвинения, гнева на себя				
9. Вспышки гнева (часто с последующими слезами)				
10. Негативные оценки себя, окружающего мира, будущего				
IV. Наблюдение у специалистов				
1. Невролог				
2. Психиатр				
3. Нарколог				
4. Инспекция по делам несовершеннолетних				
V. Состоит на учете в службе социальной помощи				
1. Как ребенок из малообеспеченной семьи				
2. Как ребенок из неблагополучной семьи				

* Высокий риск суицида.

** Пункты 4,1-4,5 – особенно, если этого не было раньше.

*** Пункты 5.4-5.6 – особенно, если этого не было раньше.

Интерпретация результатов:

- Менее 9 баллов – риск суицида незначителен
- 10 – 21 балл – риск суицида присутствует
- более 21 балла – риск суицида значителен.

Данные карты классный руководитель может вести в течение всего учебного года и заполнять, например, в конце четверти или полугодия с целью профилактики суицидов среди учащихся.

Семинар для педагогов «Предупреждение суицида среди учащихся. Основные признаки суицидального поведения».

Ход семинара.

1. Вступительное слово педагога-психолога

В условиях современного общества процент детских самоубийств растет в геометрической прогрессии, что порождает необходимость детального изучения причин, мотивов, ситуаций проявления суицидальных попыток и способов их профилактики. Данная проблема практически не встречается среди младших школьников, но среди подростков начиная примерно с одиннадцати лет попытки самоубийств становятся все более частыми.

2. Типы, мотивы и проявления суицидального поведения.

Начать семинар хотелось бы с рассказа о типах суицидального поведения:

- Истинное – характеризуется устойчивостью, целенаправленностью действий, связанным с осознанным желанием лишиться себя жизни. Заранее выбираются место и время с учетом того, чтобы никто не мог помешать.
- Аффективное – обусловлено необычайно сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события, сопровождается дезорганизацией и сужением сознания.
- Демонстративно-шантажное – человек понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и принимает меры предосторожности (не всегда достаточные для сохранения жизни).

Типичные мотивы суицидальных попыток в подростковом возрасте можно объединить в несколько групп.

1) **Демонстрация/манипуляция.** Подросток решается на этот шаг, желая наказать обидчиков: родителей, учителей, сверстников своего или противоположного пола.

Иногда подросток совершает суицидальную попытку, чувствуя угрозу утраты родительской любви (при рождении младшего ребенка, появлении в семье отчима и т.д.). Попытка может быть предпринята как средство шантажа, без серьезного намерения уйти из жизни. Опасность заключается в том, что действия, начатые как простое запугивание, могут обернуться непоправимой трагедией.

2) **Переживание тупика или безысходности.** Риск таких переживаний у подростков особенно велик из-за высокой тревожности, типичной для этого возраста, а также недостаточности социального опыта, когда какая-либо житейская ситуация воспринимается как безвыходная – оставаться в такой ситуации невозможно, а изменить ее нет сил. У девочек такой ситуацией могут стать, например, сексуальные домогательства.

3) **Следование групповой норме.** Время от времени в СМИ появляются данные о самоубийствах подростков, попавших под влияние тоталитарных сект или увлекшихся компьютерными играми с предсказанием даты своего ухода из жизни. Возможно, для таких подростков крайняя степень зависимости от групповых норм сочеталась с острым желанием испытать яркие и острые, пусть даже сугубо отрицательные ощущения.

Для ребенка с суицидальным поведением характерны следующие проявления:

- Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- Усиление жалоб на физическое недомогание;
- Склонность к быстрой перемене настроения;
- Жалобы на плохой сон и повышенную сонливость;
- Изменения в пищевом поведении;
- Беспричинная нервозность;
- Признаки постоянной усталости;
- Уход от контактов, изоляция от друзей, семьи, превращение в «одиночку»;

- Отказ от социальной активности, совместных дел;
- Излишний риск в поступках;
- Нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- Поглощенность мыслями о смерти или загробной жизни;
- Необычные вспышки раздражительности;
- Усиленное чувство тревоги, безнадежности;
- Отсутствие планов на будущее;
- Составление прощальных записок.

Насторожить должны следующие заявления подростка: «Ненавижу жизнь», «Всем будет лучше без меня», «Мне нечего ждать от жизни», «Они пожалеют о том, что мне сделали», «Не могу этого вынести», «Я стал обузой для всех», «Я покончу с собой», «Никому я не нужен», «Это выше моих сил» и т.д.

3) Дети, составляющие группу суицидального риска.

Как распознать учащегося, склонного к суицидальному поведению? Кто из детей входит в группу суицидального риска? Определить, какой тип людей суицидоопасен, невозможно, но некоторые учащиеся подвергаются большему риску совершения самоубийства из-за специфических ситуаций, в которых они оказались, и специфических проблем, которые стоят перед ним.

В зоне повышенного риска стоят следующие категории учащихся:

1) Депрессивные подростки. Депрессия может подтолкнуть к совершению суицидальных попыток. Впавшие в депрессию подростки часто думают, что их несчастьям не будет конца. Им кажется, что они попали в череду невезения, дальше будет только хуже, выхода из создавшегося положения нет и быть не может. Им представляется, что та жизнь, которую они ведут сейчас, будет продолжаться всегда. Выходом из этого состояния безысходности может стать суицид. Депрессия предшествует большинству суицидов, поэтому раннее распознавание ее симптомов – важный фактор предупреждения суицида.

2) Подростки – алкоголики и наркоманы. Можно выделить три способа воздействия алкоголя и наркотиков на депрессивного подростка:

- Если подросток в принципе не пьет и не употребляет наркотики, но находится в состоянии депрессии и подумывает о суициде, алкоголь/наркотики могут затуманить его сознание и подтолкнуть к суициду;
- Если подросток – пьющий или наркоман, алкоголь/наркотики могут вызвать у него депрессию и суицидальные мысли;
- Если родители подростка – алкоголики/наркоманы, то вызванные этим обстоятельством семейные скандалы и неурядицы могут существенно подействовать на психику подростка, вплотную подвести его к суицидальной черте.

3) Подростки, уже пытавшиеся покончить с собой, или подростки, у которых в семье имел место суицид. Как правило, подростки пытаются покончить с собой только раз в жизни, однако бывают и повторные суицидальные попытки (возможно примерно через 3 месяца после предыдущей). Рискуют совершить суицидальную попытку те подростки, у которых в семье уже кончали с собой. Они ощущают пустоту, боль, тоску, гнев, горе и нередко считают себя виноватыми в том, что их родственник решил уйти из жизни.

Иногда депрессия от потери близкого человека становится совершенно непереносимой, и подростку начинает казаться, что дальше так жить невозможно. Совершивший самоубийство родственник словно внушил ему, что самоубийство – выход из безвыходной ситуации. Неудивительно, что переживший утрату близкого человека может воспользоваться его опытом, решив, что суицид – вполне приемлемый способ выхода из кризиса.

4) Одаренные подростки. Одаренные подростки стоят перед необходимостью демонстрировать свое преимущество во всех областях жизни, что, естественно, накладывает на них немалые обязательства. Многим из них начинает казаться, что любят не их самих, а награды, призы и почести, которых они удостоиваются, способности, которыми они наделены от природы. Поэтому стоит им получить всего одну плохую отметку или еще как-нибудь доказать, что их дарования преувеличены, как они впадают в депрессию, им начинает казаться, что они всех подвели, в том числе самих себя. Чувство стыда и вины за постигшую «неудачу» может подтолкнуть их к мысли о самоубийстве.

5) Подростки с плохой успеваемостью в школе. Подростки, которым трудно учиться, плохо успевают, из-за чего часто страдают от низкой самооценки и, как следствие, впадают в депрессию. И то и другое может привести к суициду. Сталкиваясь в классе с трудностями, такие учащиеся находятся в состоянии повышенного стресса: их самооценка постоянно страдает от язвительных, колких замечаний одноклассников и учителей. От этого у них может возникнуть ощущение, что они глупы и никогда ничего не добьются. Всем хочется, чтобы их любили учителя и одноклассники, - отсутствие такой любви может стать тяжелой обузой, избавиться от которой подросток может лишь прибегнув к отчаянным мерам.

6) Девушки в состоянии беременности. Для многих девушек беременность становится не решаемой проблемой. Они понимают, что свое положение не скроешь, и считают, что их отношения с родителями и друзьями будут испорчены навсегда. Им кажется: жизнь не удалась и смерть – единственное, что осталось.

7) Подростки – жертвы насилия. Синяки и кровоподтеки на лице и теле подростка будут недвусмысленно свидетельствовать о том, что с ним жестко обращаются. Возможно, ему нелегко объяснить, что произошло, он может бормотать что-то несвязное или просто отказаться говорить о побоях.

Наглядным доказательством наличия эмоциональной травмы служат заниженная самооценка, а также грубые словесные препирательства с родителями. Впрочем, чаще молодые люди, которым нанесена эмоциональная травма, обыкновенно держаться робко, застенчиво, словно боясь привлечь к себе внимание. Их приучили к мысли о том, что они ни на что не способны, глупы и невежественны. Часто им не хватает уверенности в себе, каждое слово в свою защиту дается им с невероятным трудом.

Взятая в отдельности каждая из этих ситуаций или проблем вовсе не означает, что столкнувшийся с ней подросток обязательно окажется в зоне повышенного суицидального риска. Однако такого рода проблемы, безусловно, осложняют ему жизнь. У молодого человека, находящегося под прессом хотя бы одной из подобных ситуаций или проблем, может не оказаться эмоциональных, умственных или физических сил для того, чтобы противостоять любым другим неприятностям. И тогда суицид может стать для него приемлемым выходом из создавшегося положения.

4. Рекомендации.

В заключении дадим общие рекомендации по поводу того, как себя вести с подростком, который на ваш взгляд, склонен к суициду или совершал в прошлом попытки самоубийств.

- Не отталкивайте ребенка, если он решил разделить с вами свои проблемы, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией.
- Доверьтесь своей интуиции, если чувствуете суицидальные наклонности у ребенка. Не игнорируйте предупреждающие знаки.
- Не обещайте ему то, что вы не в состоянии гарантировать, например: «Конечно, твоя семья тебе поможет».
- Дайте ему знать, что хотите 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 ребенок может почувствовать облегчение от осознания проблемы.
- Постарайтесь узнать, есть ли у ребенка план действий. Конкретный план – знак реальной опасности.
- Убедите подростка в том, что наверняка есть такой человек, к которому можно обратиться за помощью.
- Не предлагайте упрощенных решений типа «Все, что тебе сейчас необходимо, так это хорошо выспаться, наутро ты почувствуешь себя лучше».
- Покажите, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете ребенка за эти чувства.
- Помогите подростку постичь, как управлять кризисной ситуацией, и понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию.
- Помогите найти людей или место, которые могли бы снизить переживаемый стресс. При малейшей возможности действуйте так, чтобы несколько уменьшить давление.
- Помогите ребенку понять, что присутствующее чувство безнадежности не будет длиться вечно.

**Родительское собрание «Предупреждение суицида среди детей.
Помощь родителей в преодолении трудностей ребенка».**

Вступительное слово педагога-психолога. Введение в тему собрания.

Сегодня мы собрались, чтобы поговорить о проблеме суицида среди детей и подростков. По данным статистики, в течение последних двух десятилетий частота суицидальных действий среди молодежи удвоилась. У 30% лиц в возрасте 14 – 24 лет бывают суицидальные мысли, 6% юношей и 10% девушек совершают суицидальные действия. Из общего количества суицидов 90% совершается людьми с психотическими расстройствами и лишь 10% - без таковых. Некоторые специалисты пишут, что в 10% случаев суицидальное поведение подростка имеет цель покончить с собой, а в 90% служит средством привлечения к себе внимания.

Изучение проблемы суицида показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство для того, чтобы обратить внимание родителей на свои проблемы и таким страшным образом протестовали против безразличия и жестокости взрослых.

Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать трагедии. По данным официальной статистики, от самоубийства ежегодно погибает около 2800 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет, причем эти страшные цифры не учитывают случаев попыток самоубийства.

2. Понятие суицидального поведения.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения и т.п. Следует различать следующие типы суицидального поведения:

- Демонстративное – чаще всего в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения;
- Аффективное суицидальное поведение – при таком типе поведения подростки чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами;
- Истинное суицидальное поведение – при данном типе поведения чаще прибегают к повешению.

Наиболее распространенными причинами, которые могут повлечь за собой совершение самоубийства подростком, являются:

- состояние депрессии, вызванное потерей объекта любви, разрывом романтических отношений;
- чувство вины, страха, враждебности;
- тяжелое переживание неудач, в частности в личных отношениях;
- эмоциональное, психическое или сексуальное насилие;
- стрессовые жизненные ситуации (серьезный разлад в семье, развод или разлука);
- ранее совершенные попытки покончить с собой;
- давление со стороны сверстников;
- смерть близкого человека;
- потеря социального статуса в коллективе, изоляция от социального окружения;
- боязнь ответственности за совершенный поступок;
- слабое физическое развитие или приобретенный физический дефект (например, вследствие автокатастрофы).

Мифы о суициде.

Многие люди имеют неправильное представление о суицидентах, поэтому часто упускают момент помощи, в которой нуждается человек.

Профилактику самоубийств необходимо начать с развенчания мифов, объясняющих действия суицидентов.

Мифы и факты о самоубийстве.

Миф	Факты
Самоубийство совершается в основном психически ненормальными людьми.	Большинство самоубийств совершают практически здоровые люди, попавшие в острую психотравмирующую ситуацию.
Предотвратить самоубийство невозможно – тот, кто решился на такой шаг, рано или поздно сделает это.	Возможность оказания помощи определяется потребностью суицидента в душевной теплоте, его желанием быть выслушанным и понятым.
Человек, который открыто сообщает о желании покончить с собой, никогда не совершит самоубийство.	Из десяти человек, покончивших с собой, восемь вполне определенно сообщали о своих намерениях.
Если загрузить человека работой (учебой), то ему некогда будет думать о самоубийстве.	Чрезмерные нагрузки могут привести к истощению организма и еще больше повысить вероятность суицидальной попытки.
Предвидеть попытку суицида невозможно.	Заглянуть в душу очень сложно, но возможно предположить надвигающийся суицид по специфическим «маркерам».
Существует психологический тип людей, склонных к совершению самоубийства.	Люди совершают самоубийство независимо от принадлежности к тому или иному психологическому типу. Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации и ее восприятия в качестве непереносимой.
Не существует признаков, указывающих на то, что человек решился на самоубийство.	Самоубийству предшествует необычное для данного человека поведение. Необходимо знать, какие действия и высказывания служат сигналом о готовности к суициду.
Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки.	Суицидальный кризис может продолжаться несколько недель и даже месяцев в зависимости от длительности психотравматизации.
Улучшение, наступающее после суицидального кризиса, означает, что угроза самоубийства прошла.	Большинство самоубийств происходит в течение примерно трех месяцев после начала «улучшения», когда у человека появляется энергия для воплощения своих мыслей.
Человек, совершивший попытку самоубийства, никогда не повторит ее снова.	Риск повторного суицида наиболее высок в первые месяцы после неудачной попытки.

Дети группы суицидального риска.

Более всего к суициду восприимчивы следующие группы детей:

- Лишенные родительского внимания и заботы;
- У которых ранее в семье были случаи суицида;
- Употребляющие алкоголь;
- Хронически употребляющие наркотики и токсические препараты;
- С аффективными расстройствами, особенно с тяжелой формой депрессии;
- С хроническими или смертельными болезнями;

- Испытавшие тяжелую утрату, например смерть родителя (особенно в течение первого года после ухода близкого человека из жизни);
- У которых в семье имеются серьезные проблемы: уход кого-то из родителей, развод.

Как определить, что ребенок находится на грани и готов совершить суицид? Рассмотрим признаки такого поведения.

Признаки суицидального поведения детей.

Словесные	Поведенческие	Ситуационные
Прямые, явные высказывания о смерти типа: «Я больше так не могу».	Состояние печали, подавленности, тревоги, сопровождающееся плачем.	Активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств самоубийства (накопление лекарственных средств, поиск отравляющих жидкостей и т.п.)
Косвенные намеки о своем намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться», «Я все равно никому не нужен».	Потеря интереса к жизни, любимым занятиям, отсутствие мотивации на решение жизненных задач.	Внезапное проявление несвойственных черт (аккуратности, откровенности, щедрости), раздача личных вещей и т.п., окончательное приведение в порядок дел, примирение с врагами.
Жалобы на жизнь, никчемность и ненужность, выражения типа: «Мне все надоело», «Они пожалеют, когда я уйду».	Беспокойство, раздражительность, угрюмость, замкнутость, фиксация внимания на примерах самоубийств.	Отказ от совместных дел.
Шутки на тему самоубийства; разговоры, касающиеся вопросов смерти.	Нарушение межличностных отношений (сужение круга контактов в коллективе, стремление к уединению).	Приобщение к алкоголю, наркотикам или их сильное употребление.
Размышления на тему суицида могут приобрести художественное оформление (увлечение стихами, музыкой, рисунками, иллюстрирующими депрессивное настроение).	Перепады настроения, характеризующиеся то состоянием внезапной эйфории, то приступом отчаяния.	Излишний риск в поступках.
Жалобы на физическое недомогание.	Снижение двигательной активности у людей активных, подвижных, общительных. Возбужденное поведение и повышенная активность у малоподвижных и молчаливых.	Социальная изолированность (отсутствие друзей). Нестабильное окружение (серьезный кризис в семье).
Записка об уходе из жизни.	Перемены в школьных привычках (пропуски занятий в школе,	Отсутствие планов на будущее.

	невыполнение домашнего задания, избегание общения с одноклассниками).	
Многозначные прощания с другими людьми.	Высокий уровень притязаний (высокая критичность к себе и своим поступкам).	Ощущение себя жертвой насилия (физического, сексуального или эмоционального).

Как предотвратить суицид.

Чтобы предотвратить суицид у ребенка, постарайтесь сделать следующее:

- Прежде всего, внимательно слушайте его. В состоянии душевного кризиса любому из нас необходим кто-нибудь, кто готов выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять скрытую за словами проблему.
- Серьезно отнестись ко всем угрозам. Разговоров на тему самоубийства может и не быть, однако любой признак надвигающейся опасности должен насторожить вас. Внимательно отнеситесь ко всем, даже незначительным обидам и жалобам. Подростки могут не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но при этом находиться в состоянии глубокой депрессии.
- Поговорите с кем-нибудь о ваших опасениях. Возможность совершения самоубийства вызывает эмоциональный стресс, поэтому вам надо избавиться от собственной тревоги. Обратитесь за помощью к специалисту – пусть он решит, насколько реальны ваши опасения.
- Постарайтесь определить степень серьезности намерений и чувств ребенка, узнать, есть ли у него план действий. Конкретный план (в отличие от неопределенного, расплывчатого) – знак реальной опасности.
- Не бойтесь прямо спросить ребенка, не думает ли он о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Чаще подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы.
- Дайте ребенку знать, что хотите помочь ему, но не видите необходимости в том, чтобы хранить все в секрете, если какая-то информация может повлиять на его безопасность.
- Пригласите психотерапевта, который может вывести его из кризисного состояния. В терапевтическом процессе лечения подростки с суицидальными тенденциями достигают осознания своих проблем и вырабатывают совпадающие стратегии.
- Дайте ребенку почувствовать, что вам не все равно. Слушайте, проявляя искреннюю заинтересованность и понимание. Не отталкивайте его. Если он решил разделить с вами свои проблемы, то, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией, помните, что подросток с суицидальными наклонностями редко обращается за помощью к профессионалам. Убедите его в том, что всегда есть человек, который может помочь.
- Ненавязчиво отстаивайте свою точку зрения по поводу того, что самоубийство – неэффективное решение всех проблем. Убедите ребенка в правильности принятия им вашей помощи.
- Не давайте упрощенных советов типа: «Все, что сейчас тебе необходимо, – это хорошо выспаться, утром ты почувствуешь себя лучше». Не предлагайте того, что вы не в состоянии гарантировать, например: «Конечно, твой классный руководитель тебе поможет».
- Не оставляйте ребенка без внимания. Уходя, оставляйте его на попечении другого взрослого.

- Вас не должны ввести в заблуждение утверждения подростка о том, что кризис уже миновал. Часто он чувствует облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять вернется к тем же мыслям, поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора. Поддерживайте ребенка и будьте настойчивы. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие утвердительные указания. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь станут для него эмоциональной опорой.
- Не избегайте помощи со стороны друзей, семьи, врачей, священников – всех, к кому можно обратиться.

Родителям тех детей, для которых характерно суицидальное поведение (непривычные реакции, повышенная нервозность, несдержанность в поступках и словах, выраженное отчаяние), НЕЛЬЗЯ:

- Допускать негативного воздействия на ребенка: упрекать, наказывать, надсмехаться, подшучивать и т.д.
- Выступать в роли судьи.
- Говорить: «Посмотри на все, ради чего ты должен жить...»
- Оставлять опасные предметы – лекарства, колющие, режущие предметы и прочее – в зоне досягаемости подростка, имеющего намерение уйти из жизни.
- Оставлять в одиночестве ребенка, собирающегося покончить с собой.
- Спорить, стараться образумить его, говоря: «Ты не можешь убить себя, потому что...»
- Наталкивать на мысль словами: «Пойди и сделай это...»
- Успокаивать ребенка, приводя в качестве примера ситуации с проблемами других людей: «Да ведь у тебя не произошло ничего страшного, а вот у такого-то человека на самом деле беда»

Правила поведения с ребенком, склонным к суициду

Если вы слышите	Обязательно скажите	Не говорите
«Ненавижу школу...»	«Что происходит у нас? Из-за чего ты так себя чувствуешь?»	«Когда я был в твоём возрасте...», «Да ты просто лентяй...»
«Все кажется таким безнадежным...»	«Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь»	«Подумай о тех, кому еще хуже, чем тебе»
«Всем было бы лучше без меня!»	«Ты очень много значишь для нас. Меня беспокоит твое настроение. Скажи, что происходит?»	«Не говори глупостей. Давай поговорим о чем-нибудь другом»
«Вы не понимаете меня!»	«Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу знать и постараюсь понять тебя»	«Кто может понять молодежь в наши дни!»
«Я совершил ужасный поступок»	«Давай сядем и поговорим об этом»	«Что посеешь, то и пожнешь!»
«А если у меня не получится...»	«если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное»	«Если не получится – значит, ты недостаточно старался!»