

РЕКОМЕНДАЦИИ

по проведению в образовательных организациях
с обучающимися профилактических мероприятий,
направленных на формирование у них позитивного
мышления, принципов здорового образа жизни,
предупреждение суицидального поведения

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центр защиты прав и интересов детей»

РЕКОМЕНДАЦИИ
по проведению в образовательных организациях
с обучающимися профилактических мероприятий, направленных
на формирование у них позитивного мышления,
принципов здорового образа жизни,
предупреждение суицидального поведения

Москва, 2023

Рекомендации
по проведению в образовательных организациях
с обучающимися профилактических мероприятий, направленных
на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового
образа жизни, предупреждение суицидального поведения

I. Общие положения

1.1. Настоящие рекомендации по проведению в образовательных организациях с обучающимися профилактических мероприятий, направленных на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового образа жизни, предупреждение суицидального поведения (далее - Рекомендации) сформированы во исполнение пункта 2 комплекса мер до 2025 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2021 г. № 1058-р (далее - Комплекс мер).

1.2. Рекомендации направлены на совершенствование деятельности, осуществляемой в субъектах Российской Федерации по профилактике суицидального поведения детей и молодежи, и адресованы руководителям общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций.

II. Суицидальное поведение детей и подростков: факторы риска и факторы защиты

2.1. Среди факторов риска, влияющих на формирование суицидального поведения у детей и подростков, можно выделить биологические, психологические и социально-средовые.

2.1.1. К числу биологических факторов относятся устанавливаемые медицинскими работниками дисфункции; хронические соматические заболевания (особенно с ограничением повседневного функционирования и (или) хроническим болевым синдромом); депрессивные, психические расстройства; злоупотребление психоактивными веществами.

2.1.2. Среди психологических факторов, влияющих на формирование суицидального поведения у детей и подростков, выделяют высокий уровень тревожности, заниженную самооценку, слишком высокие собственные притязания на успех, низкий уровень стрессоустойчивости, эмоциональную лабильность.

2.1.3. Социально-средовыми факторами, способными спровоцировать риск формирования суицидального поведения у несовершеннолетнего, являются неблагоприятная семейная обстановка (демонстрируемое безразличие, проявление жестокости, насилия (физического, психологического, сексуального) или, напротив, отношение к ребенку как кумиру семьи; развод родителей), отсутствие психологической безопасности образовательной среды (травля, неразрешенные конфликты со сверстниками, педагогами; недоступность получения психологической помощи при неспособности справиться с трудностями учебной программы, адаптации к учебному процессу; повышенной напряженности в экзаменационный период).

2.1.4. Риск самоубийств повышают вынужденная миграция, факты дискриминации социальных групп (лица, освободившиеся из заключения или содержащиеся под стражей, и члены их семей; лица, которые идентифицируют себя с представителями нетрадиционной сексуальной ориентации; беженцы).

2.1.5. Важно отметить, что для объяснения мотивов самоубийства недостаточно какой-либо одной причины или стресс-фактора. Чаще всего одновременно действуют несколько факторов риска, которые в совокупности повышают уязвимость ребенка в отношении суицидального поведения. При этом присутствие факторов риска не всегда влечет за собой суицидальные действия.

2.2. Одновременно с факторами риска формирования суицидального поведения у детей и подростков важно выделить антисуицидальные факторы, или факторы защиты, которые являются ресурсами личности, помогающими ей преодолевать стресс и сложные жизненные ситуации, выбирать эффективные стратегии поведения. Среди таких ресурсов выделяют внешние (средовые, социальные) и внутренние (психологические, личностные).

2.2.1. С учетом психологических возрастных особенностей подростка наиболее

важным внешним ресурсом для него является его ближайшее окружение: друзья, одноклассники, значимые взрослые (родители, педагоги, тренеры), - люди, которые постоянно присутствуют в жизни подростка. Друзья дают возможность подростку ощутить единство со сверстниками, и быть понятым, значимым; семья позволяет удовлетворить потребность в безусловной любви и принятии.

Кроме того, к числу внешних ресурсов для обучающегося относится образовательная организация, где он обучается, организации, в которые подросток может обратиться за помощью (центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее - ППМС-центр), региональные ресурсные центры психологической службы системы образования, религиозные организации), проявить свои способности и таланты (организации дополнительного образования, клубы по интересам, центры развития творчества, спортивные организации и иное), телефоны доверия.

2.2.2. В отличие от внешних ресурсов, внутренние (психологические, личностные) ресурсы принадлежат самому человеку и выступают системными характеристиками личности, которые обеспечивают возможность преодолевать трудные жизненные ситуации, сохраняя при этом достаточный уровень психологического благополучия.

В широком смысле под личностными ресурсами понимаются «гибкие навыки» - эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует при адаптации к стрессовым жизненным ситуациям.

Среди личностных ресурсов, способствующих формированию устойчивости к риску формирования суицидального поведения, можно выделить стрессоустойчивость, жизнестойкость, сформированную положительную Я-концепцию, отношение к ошибкам как к ресурсу развития, критическое мышление, способность планировать, вера в себя и свои возможности, уважительное отношение к интересам других людей, способность к саморегуляции и эмпатии.

2.3. Понимание факторов риска и факторов защиты, влияющих на формирование суицидального поведения у детей и подростков, позволяет планировать и осуществлять в образовательной организации соответствующую

профилактическую деятельность.

III. Деятельность общеобразовательной организации, профессиональной образовательной организации (далее - образовательная организация) по профилактике суицидального поведения обучающихся

3.1. С учетом понимания факторов риска и факторов защиты формирования суицидального поведения у обучающихся руководителям образовательных организаций рекомендуется обеспечивать:

3.1.1. привлечение к профилактической деятельности заместителей (советников) директора по воспитанию и взаимодействию с детскими коллективами, педагогов-психологов (штатных и (или) ППМС-центров (региональных, муниципальных), социальных педагогов, учителей;

3.1.2. взаимодействие образовательной организации с медицинской организацией, в которой может быть оказана необходимая помощь обучающемуся с риском суицида;

3.1.3. информирование участников образовательных отношений о ресурсах получения психологической помощи (в том числе экстренной, кризисной) посредством публикации телефонов горячих линий психологической помощи (Общероссийский детский телефон доверия 8-800-2000-122, Горячая линия экстренной психологической помощи 8-800-600-31-14, региональные горячие линии) на информационных досках в образовательной организации, официальных цифровых ресурсах образовательной организации в информационнотелекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть Интернет) (сайт, страница в социальных сетях), памятках для обучающихся и их родителей (законных представителей);

3.1.4. регулярное проведение мероприятий для родителей (законных представителей) обучающихся, реализация психолого-просветительских программ по развитию благополучных детско-родительских отношений, психологическим особенностям взросления ребенка, в том числе с ограниченными возможностями здоровья, выявлению ранних признаков формирования суицидального поведения у детей и подростков. Планирование и проведение указанных мероприятий, в

зависимости от их темы, формата проведения и охвата, может быть реализовано классными руководителями, педагогами-психологами, представителями администрации образовательной организации.

При подготовке мероприятий для родителей (законных представителей) обучающихся предлагается использовать материалы, подготовленные федеральным государственным бюджетным учреждением «Центр защиты прав и интересов детей» (далее - Центр):

памятки «Родителям о психологической безопасности детей и подростков», «Формула безопасного детства. Рекомендации для родителей», ссылка: <https://fcprc.ru/spec-value-of-life/informatsionnye-materialy-dlya-roditelej>

алгоритм действий для родителей обучающихся по раннему выявлению и реагированию на деструктивное поведение несовершеннолетних, проявляющееся под воздействием информации негативного характера, распространяемой в сети Интернет: [Algoritm_dlya_roditelei_destruktivnoe_povedenie.pdf \(fcprc.ru\)](https://fcprc.ru/media/media/behavior/Roditel'skoe_sobranie_Profilaktika_internet-riskov.pdf)

сценарий всероссийского родительского собрания «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков»: https://fcprc.ru/media/media/behavior/Roditel'skoe_sobranie_Profilaktika_internet-riskov.pdf

сценарий родительского онлайн-собрания «Профилактика самоповреждающего поведения среди подростков»: https://fcprc.ru/media/media/behavior/Roditel'skoe_sobranie_Profilaktika_samopovrejdeniya.pdf

сценарий родительского собрания «Профилактика рисков аутодеструктивного поведения подростков»: https://fcprc.ru/media/media/behavior/Roditel'skoe_sobranie_Profilaktika_autodestruktivnogo_povedeniya.pdf

Кроме того, Общероссийской общественной организацией «Федерация психологов образования России» ежегодно по итогам проведения Всероссийского конкурса лучших психолого-педагогических программ и технологий в образовательной среде формируется в сети Интернет реестр соответствующих

программ, имеющих доказанную эффективность, получивших высокую оценку экспертов в области психологии в образовании и рекомендованных к применению в деятельности образовательных организаций (далее - Реестр).

Из Реестра при организации профилактической работы с родителями (законными представителями) обучающихся предлагается использовать материалы: программа комплексного психолого-педагогического сопровождения семей воспитанников с ограниченными возможностями здоровья «Эффективные практики взаимодействия с семьей - перекресток возможностей»: <https://rospsy.ru/node/90>

социальная психологическая игра «Откровенный разговор»: <https://rospsy.ru/node/721>

профилактика насилия в отношении детей и подростков «Песчинка. А если мы поговорим об этом?»: <https://rospsy.ru/node/104>

3.1.5. содействие формированию психологически благоприятного климата в образовательной организации с охватом профилактическими, просветительскими мероприятиями всех участников образовательных отношений.

Эффективными инструментами в деятельности по формированию психологически благоприятной образовательной среды являются в том числе проведение в образовательных организациях психологических игр и марафонов, организация для обучающихся встреч и мастер-классов с общественными деятелями, спортсменами, учеными, представителями профессий, требующих особых знаний и навыков, а также с обучающимися, имеющими положительный опыт преодоления трудных жизненных ситуаций и (или) добившихся высоких достижений (образовательных, творческих, общественных).

При организации деятельности, направленной на формирование положительного школьного климата, предупреждение травли в образовательной среде, предлагаются к использованию методические материалы, подготовленные Центром, а также отдельные программы Реестра:

методические рекомендации для педагогов общеобразовательных организаций «Обеспечение психологической безопасности в детско-подростковой среде»: https://fcprc.ru/media/media/behavior/MR_dlya_pedagogov_Psihol_bezopasnost.pdf

методические рекомендации для психологов общеобразовательных организаций «Обеспечение психологической безопасности в детско-подростковой среде»:

https://fcprc.ru/media/media/behavior/MR_dlya_psihologov_Psihol_bezopasnost.pdf

профилактика травли (буллинга) в профессиональных образовательных организациях: http://fcprc.ru/media/media/mediacia/Минпросвещения_2022.pdf

программа по профилактике буллинга среди детей подросткового возраста «Дорога добра»: <https://rospsey.ru/node/97>

система работы «Психологическое сопровождение процесса развития одаренности учащихся в Лицее»: <https://rospsey.ru/node/363>

3.1.6. организация на постоянной основе мероприятий, направленных на формирование у обучающихся ответственного отношения к своему здоровью, ценностного отношения к здоровому образу жизни, на профилактику деструктивного, в том числе зависимого поведения.

Наряду с проведением спортивных мероприятий, популяризацией достижений обучающихся в спорте, творчестве, в профилактической деятельности предлагается также к использованию:

программа профилактики отклоняющегося поведения подростков с задержкой психического развития «Красота - внутри меня»: <https://rospsey.ru/node/858>

профилактическая психолого-педагогическая программа «Я выбираю жизнь в Гармонии с собой» (профилактика раннего употребления подростками психоактивных веществ): <https://rospsey.ru/node/92>

профилактическая психолого-педагогическая программа «Все в твоих руках!»: <https://rospsey.ru/node/351>

психолого-педагогическое сопровождение профилактики употребления психоактивных веществ среди студентов организаций высшего и среднего профессионального образования: <https://rospsey.ru/node/357>

3.2. В рамках деятельности по развитию личностных ресурсов обучающихся педагогам-психологам (в том числе во взаимодействии с классными руководителями, социальными педагогами, учителями) предлагаются к использованию материалы из

Реестра:

программа лекционно-практических занятий «Она», направленных на формирование ролевой идентичности у девочек подросткового возраста:

<https://rospsy.ru/node/336>

программа психолого-педагогической профилактики девиантного поведения детей и подростков «Путь к себе»: <https://rospsy.ru/node/124>

образовательная (просветительская) психолого-педагогическая программа факультативного курса «Психология» для 10 классов: <https://rospsy.ru/node/340>

«Мир вокруг меня (Влияние формирования ценностных ориентаций на личностное развитие подростков)»: <https://rospsy.ru/node/347>

«Школа юного психолога для подростков 12-17 лет»: <https://rospsy.ru/node/1860>

ГБОУ РД «Республиканский центр социально-трудовой адаптации и
профориентации им. У.М. Муртузалиевой»
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Махачкала, 2024 г.

Пояснительная записка.

За последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершённых самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди 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 родителей и педагогов к их проблемам, протестуя, таким образом, против безразличия и жестокости взрослых.

Считается, что к самоубийству приводит целый комплекс взаимодействующих биологических, генетических, психологических, социологических, культурных факторов в совокупности с факторами окружающей среды. Наиболее восприимчивым к влияниям подобного рода является подростковый возраст, когда ребенок проходит в своем развитии огромный путь, обретает чувство личности. Возраст подростка является периодом особой концентрации конфликтов, которые зачастую приводят к поведенческим отклонениям, в том числе суициду.

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. Проблема детских суицидов присуща как неблагополучным семьям, так и семьям с внешними признаками социального и финансового благополучия.

Каждая смерть ребенка – это трагедия уже потому, что его страх перед жизнью побеждает страх смерти. Но, несмотря на то, что единых общепринятых установленных методов работы с суицидальной и потенциально суицидальной личностью не существует, исследователи проблем формирования суицидального поведения отмечают: почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении. Иногда это едва уловимые намеки, часто же угрозы являются легко узнаваемыми. Следовательно, самоубийства можно предотвращать!

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, попавших в трудную жизненную ситуацию, помогли бы избежать трагедий.

Цель: организация профилактической работы по предупреждению суицидальных действий среди подростков, развитие стрессоустойчивости, сохранение и укрепление психического здоровья обучающихся.

Задачи:

- выявление детей «группы риска», обучение данной группы методам релаксации и саморегуляции.
- межведомственное взаимодействие со специалистами различных учреждений и организаций;
- пропаганда здорового образа жизни, формирование у учащихся позитивного образа Я.

Принципы реализации:

принцип ценности личности, заключающийся в самоценности ребенка.

принцип уникальности личности, состоящий в признании индивидуальности ребенка.

принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности каждого ребенка.

принцип ориентации на зону ближнего развития каждого ученика.

принцип эмоционально-ценностных ориентаций учебно-воспитательного процесса.

Ожидаемый результат:

Организованная таким образом работа позволит осуществлять социальную и психологическую защиту детей, снизить количество детей с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток. Также позволит организовать работу по оптимизации детско-родительских взаимоотношений.

Содержание:

Исходя, из цели и задач работа проводится по следующим направлениям:

1. Выявление детей «группы риска» и семей, находящихся в социально опасном положении:

- диагностика – тесты на определение личностной и реактивной тревожности, подверженности стрессу
- проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска

2. Пропаганда здорового образа жизни, сохранение и укрепление психического здоровья среди обучающихся:

- организация досуга несовершеннолетних для формирования широкого круга интересов, увлечений, занятий, направленных на укрепление и сохранение психического и физического здоровья

- организация и проведение мероприятий, акций по пропаганде ЗОЖ, вовлечение детей «группы риска» в массовые и социально-значимые мероприятия.

3. Оптимизация межличностных отношений в школе.

Поскольку причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися.

Оптимизации учебной деятельности учащихся, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Словарь терминов

Суицид – преднамеренное, умышленное лишение себя жизни, самоубийство. Ключевой признак данного явления – преднамеренность.

Суицидальная попытка (попытка суицида, незавершенный суицид) – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни с целью покончить жизнь самоубийством или с демонстративно-шантажными целями, но не закончившееся смертью.

Суицидальное поведение – проявление суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель – смерть, мотив – разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска.

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

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

Суицидент – человек, совершивший самоубийство или покушение на самоубийство.

Социальная среда – человеческое, духовное, предметное окружение ребенка, которое оказывает влияние на его личностное развитие, выступая реальным пространством его формирования и самореализации.

Толерантность – способность человека, принимать других людей такими, каковы они есть, сосуществовать и взаимодействовать с ними.

Самоповреждающее поведение – нанесение увечий себе.

ПЛАН мероприятий по профилактике суицида среди несовершеннолетних

Содержание работы	Сроки	Ответственный
Выявление несовершеннолетних и их семей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации	в течение уч. года	Кл. рук-ль, соц. педагог, Педагог-психолог
Составление базы данных (списка) социально-неблагополучных семей	в течение уч. года	Соц. педагог, педагог-психолог
Проведение индивидуальных профилактических мероприятий с семьями социального риска	в течение уч. года	педагог-психолог, соц. педагог
Мини-тренинги - учимся снимать усталость - как преодолевать тревогу - способы решения конфликтов - стресс в жизни человека. Способы борьбы со стрессом - способы саморегулирования эмоционального состояния - учимся говорить НЕТ!	в течение уч. года	педагог-психолог
Правовые классные часы: - что ты должен знать об УК РФ -уголовная ответственность несовершеннолетних. Рекомендации родителям приобрести книги «Юный юрист» - знаешь ли ты свои права и обязанности	в течение уч. года	педагог-психолог, кл.рук-ль
Психолого-педагогическая поддержка обучающимся при подготовке и проведении выпускных экзаменах	В течение уч. года	учителя педагог-психолог
Педагоги		
Совещание при директоре «Что такое суицид и как с ним бороться»		педагог-психолог
Подготовка Памятки «Некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников»		педагог-психолог
Выступление кл. руководителей: - «Профилактика суицида среди школьников»	в течение года	педагог-психолог, кл. рук-ль
Индивидуальные консультации классных руководителей «Благоприятный психологический климат в классе»		педагог-психолог

Родители		
Родительский лекторий: - возрастные психолого-педагогические особенности (младший школьник, подросток, старший школьник) - наказание и поощрение - психологические особенности периода адаптации, формы родительской помощи и поддержки - признаки, мотивы, профилактика суицида - трудный возраст или советы родителям - уголовная ответственность родителей и несовершеннолетних - как помочь ребенку при подготовке к экзаменам	По плану, по запросу	педагог-психолог
Диагностика учащихся		
Диагностика психологического климата в коллективе (1, 5, 10 классы)	октябрь	педагог-психолог
Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) (8-11 кл.)	сентябрь	кл.рук-ль
Методика определения степени риска совершения суицида (И.А. Погодин)	по запросу	педагог-психолог

ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Суицидальная превенция состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Ваше знание ее принципов и стремление обладать этой информацией может спасти чью-то жизнь. Делясь ими с другими, вы способны разрушить мифы и заблуждения, из-за которых не предотвращаются многие суициды.

Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным. Чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем значительнее шансы исчезновения самоубийства из перечня основных причин смерти.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Иногда соблазнительно отрицать возможность того, что кто-либо может удержать человека от суицида. Именно поэтому тысячи людей — всех возрастов, рас и социальных групп — совершают самоубийства. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, — ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

3. Установите заботливые взаимоотношения. Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.

Вместо того чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и не любим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося человека.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего

стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

Как психологи, так и неспециалисты должны развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации. Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

5. *Не спорьте.* Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

6. *Задавайте вопросы.* Если вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замыслишь самоубийства?», то в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если близкий человек ответит: «Нет», то вам скорее всего не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания, и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение и ему дается возможность понять свои чувства и достичь катарсиса.

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например, «С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?», «Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства?», «Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой?», «Если ты раньше размышлял о самоубийстве, что тебя останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, ты говоришь...» Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

7. *Не предлагайте неоправданных утешений.* Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, ты так на самом деле не думаешь». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований, за исключением вашей личной тревоги.

ЧТО НУЖНО ПОДРОСТКАМ ЗНАТЬ О СУИЦИДЕ

Что нужно знать о суициде?

Поскольку суицид каждый год угрожает жизни многих тысяч молодых людей, все подростки должны представлять себе, «что такое суицид и как с ним бороться». Помни, для борьбы с суицидом достаточно одного человека – тебя.

Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Сейчас ты получишь информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому.

Кто совершает самоубийства? Почему? Каким образом?

Мы знаем, что тема суицида внушает страх. Страх этот может быть еще большим, если ты знаешь кого-то, кто предпринял попытку уйти из жизни или же покончил с собой, или если тебе самому приходили в голову мысли о суициде. Мы знаем также, что суицид является запретной темой, о нем не принято говорить с родителями, учителями или друзьями.

Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил суицидальную попытку. Возможно, ты знаешь кого-то, кто совершил суицид. Если это так, то ты, вероятно, слышал, как кто-то (быть может, и ты сам) задавал вопрос: «Зачем ей было умирать?» или «Зачем ему было так поступать со своей семьей?»

Вопросы эти вполне естественны, но большей частью ты не получишь на них однозначного ответа, не узнаешь, почему твой знакомый решил расстаться с жизнью. Напрашивается другой, более точный вопрос: «Какая проблема или проблемы возникли у этого человека?» Тебе это может показаться странным, но большинство подростков, совершающих суицид, на самом деле умирать ведь не хотят. Они просто пытаются решить одну или несколько проблем. Трагедия состоит в том, что проблемы временные они решают раз и навсегда. Самое важное – помнить, что в большинстве своем молодые люди, которые пытаются покончить с собой или кончают с собой, умирать вовсе не хотят. Они хотят избежать проблем, которые, на их взгляд, им не по плечу. Эти проблемы причиняют им эмоциональную и физическую боль, и суицид представляется им надежным средством эту боль остановить.

Откуда мы знаем, что тысячи молодых людей, совершивших суицид в прошлом году, умирать вовсе не хотели? А если они не хотели умирать, то почему умерли?

Большей частью молодые люди совершают суицидальную попытку у себя дома между четырьмя часами пополудни и полночью. Иными словами, они пытаются покончить с собой именно там, где их скорее всего найдут, и делают это в такое время дня, когда кто-то из членов семьи большей частью находится дома. Шанс прийти им на помощь велик, – тот же, кто надеется, что будет спасен, на самом деле убивать себя не хочет.

А как же те молодые люди, которых спасти не удалось? Откуда мы знаем, что на самом деле умирать им не хотелось? Наверняка мы знать этого не можем, однако, разговаривая с молодыми людьми, которых спасти удалось, но которые должны были бы погибнуть, мы можем представить себе, о чем они думали.

Столкнувшись с неотвратимостью смерти, почти все они говорили, что неожиданно начинали понимать: проблемы их не столь велики, чтобы их нельзя было решить. Им вдруг становилось ясно: не так уж все плохо. За секунду до смерти они осознавали, что хотят жить.

Для того чтобы удержать друга или знакомого от самоубийства, надо немного разбираться в человеческой психологии.

Чтобы ценить жизнь, необходимо знать две основных вещи:

1. Нам нужно, чтобы нас любили.
2. Нам нужно хорошо к себе относиться.

На наше поведение оказывают воздействие два основных принципа:

1. Наше поведение зависит от того, как мы к себе относимся.
2. Поведение каждого человека имеет цель; наши поступки не происходят «просто так».

Если руководствоваться этими очень важными соображениями и ясно представлять себе их реальный, практический смысл, то можно чуть лучше разобраться, почему некоторые подростки хотят уйти из жизни. Ты увидишь так же, как дружеские забота и ласка умеют обнадеживать, гнать от себя мысли о самоубийстве.

Потребность любви. Для того чтобы ценить себя и свою жизнь, все мы должны ощущать любовь к себе. Потребность любви – это:

- потребность быть любимым;
- потребность любить;
- потребность быть частью чего-то.

Если эти три «потребности» присутствуют в нашей жизни большую часть времени, мы в состоянии справляться с жизнью, решать встающие перед нами проблемы.

Подросткам, которых не любят, которые сами не испытывают симпатии к своим одноклассникам и учителям, которые чувствуют себя чужими и дома, и в школе, и во дворе, справляться с неприятностями гораздо сложнее. Из-за того, что они плохо учатся, не ладят с родителями, друзьями и учителями, их самооценка снижается, они ощущают свою никчемность, одиночество, «невовлеченность». Отсюда и неспособность решать многие наболевшие проблемы. Оттого, что самооценка их снизилась, даже те

проблемы, которые раньше решались походя, теперь становятся для них неразрешимыми.

Некоторые подростки сравнивают это тревожное, неприкаянное состояние с ощущением тонущего, который захлебнулся и идет ко дну, или же человека, у которого судорожно сжимается от тоски сердце. Как ты думаешь, что для них в это нелегкое время самое главное? Ты угадал – Друг.

Подумай сам. Предположим, ты задумал совершить самоубийство, потому что «тебя никто не любит», и вдруг ты начинаешь ощущать чью-то ласку, заботу, с тобой говорят, тебя слушают – и у тебя появляется проблеск надежды. Если же тебя преследуют мысли о смерти, потому что ты сам никого не любишь, то теплые чувства по отношению к тебе могут оказаться заразительными: под их воздействием может растаять и твое холодное сердце. Если же ты хочешь покончить с собой, потому что чувствуешь, что никуда «не вписываешься», бывает достаточно всего одного дружеского рукопожатия, чтобы ощутить, что ты занял место в сердце хотя бы одного человека.

Заботливый и ласковый друг способен отговорить тебя от самоубийства, ибо он удовлетворяет твою потребность в любви, потребность, столь свойственную каждому из нас. Иногда для спасения человека бывает достаточно всего одного ласкового слова.

Окружение – это то место, где ты находишься «в окружении» других. Такие «окружений» у тебя несколько: дом, школа, двор. Находясь в компании своих друзей, ты пребываешь в окружении сверстников. В принципе «Окружений» может быть еще больше, например: работа, мечеть (церковь) или баскетбольная площадка. В каждом из таких мест ты взаимодействуешь, контактируешь с другими. Разговариваешь, смеешься, споришь. А иногда просто молчишь.

Самооценка – это то, как ты оцениваешь себя сам.

На чем основывается наша самооценка?

– Наша самооценка – это наше самоощущение. То, как мы воспринимаем себя, нашу жизнь, наши чувства по отношению к друзьям – все это воздействует на нашу самооценку.

– Наша самооценка – это и то, каким мы представляемся другим. Наша самооценка зависит от того, как к нам относятся наши друзья, учителя, родители или воспитатели, что они о нас говорят.

Подумай, как изменится твоя самооценка в зависимости от следующих обстоятельств:

- твои родители тебя хвалят;
- ты завалил экзамен;
- твои друзья «за тебя горой»;
- учитель физкультуры кричит на тебя;
- ты считаешься самой хорошенькой девушкой в классе;
- кто-то назвал тебя «психом»;
- тебя избрали в совет класса;
- ты подвел приятеля.

Важная информация № 1. Суицид – основная причина смерти у сегодняшней молодежи.

Суицид является «убийцей № 2» молодых людей в возрасте от пятнадцати до двадцати четырех лет. «Убийцей № 1» являются несчастные случаи, в том числе передозировка наркотиков, дорожные происшествия, падения с мостов и зданий, самоотравления. По мнению же специалистов, многие из этих несчастных случаев в действительности были суицидами, замаскированными под несчастные случаи. Если специалисты правы, то тогда главным «убийцей» подростков является суицид.

Иногда смертный случай признается суицидом лишь в том случае, если покончивший с собой оставил предсмертную записку, однако большинство тех, кто решил расстаться с жизнью, записок, как правило, не оставляют. Иногда нельзя точно сказать, явилась та или иная насильственная смерть самоубийством, поэтому в графу «суицид» попадают лишь те случаи, которые не вызывают никаких сомнений.

Исследования показывают, что вполне серьезные мысли о том, чтобы покончить с собой, возникают у каждого пятого подростка. С годами суицид «молодеет»: о суициде думают, пытаются покончить с собой и кончают совсем еще дети.

Важная информация № 2. Как правило, суицид не происходит без предупреждения.

Большинство подростков, которые пытаются покончить с собой, почти всегда предупреждают о своем намерении: говорят либо делают что-то такое, что служит намеком, предупреждением о том, что они оказались в безвыходной ситуации и думают о смерти. О своих планах расстаться с жизнью не делятся с окружающими лишь немногие. Кто-то из друзей оказывается в курсе дела всегда.

Важная информация № 3. Суицид можно предотвратить.

Есть мнение, что если подросток принял решение расстаться с жизнью, то помешать ему уже невозможно. Считается также, что если подростку не удалось покончить с собой с первого раза, он будет совершать суицидальные попытки снова и снова, до тех пор, пока не добьется своего.

В действительности же, молодые люди пытаются, как правило, покончить с собой всего один раз. Большинство из них представляют опасность для самих себя лишь в продолжение короткого промежутка времени – от 24 до 72 часов. Если же кто-то вмешается в их планы и окажет помощь, то вероятнее всего, снова покушаться на свою жизнь они не будут.

Важная информация № 4. Разговоры о суициде не наводят подростков на мысли о суициде.

Существует точка зрения, будто разговоры с подростками на «суицидальные» темы представляют немалую опасность, так как они могут захотеть испытать эту опасность на себе. Ты, должно быть, слышал

разговоры о том, что нельзя, дескать, беседовать с молодежью о наркотиках, потому что тогда они могут захотеть их попробовать; нельзя разговаривать с ними про секс, потому что тогда они займутся сексом, и т.д. Некоторые родители, учителя, психологи избегают слова «суицид», потому что боятся навести своих подопечных на мысль о насильственной смерти.

На самом же деле, разговаривая с подростком о суициде, мы вовсе не подталкиваем его суицид совершить. Напротив, подростки получают возможность открыто говорить о том, что уже давно их мучает, не дает им покоя. Если твоя знакомая, словно бы невзначай, заводит разговор о самоубийстве, это значит, что она давно уже о нем думает, и ничего нового ты ей о нем не скажешь. Больше того, твоя готовность поддержать эту «опасную» тему даст ей возможность выговориться, – суицидальные же мысли, которыми делятся с собеседником, перестают быть мыслями суицидальноопасными.

Важная информация № 5. Суицид не передается по наследству.

От мамы ты можешь унаследовать цвет глаз, от папы – веснушки на носу; суицидальные же идеи по наследству не передаются. Вместе с тем, если кто-то из членов твоей семьи уже совершил суицид, ты оказываешься в зоне повышенного суицидального риска. Представь, например, семью, где родители много курят, пьют или употребляют наркотики. В такой семье дети рискуют перенять вредные привычки родителей. На этих детей действует так называемый «фактор внушения»: родители, дескать, плохому не научат. Разумеется, дети вовсе не обязаны подражать родителям. Для подражания они вправе выбрать другой, более положительный, пример.

Важная информация № 6. Суициденты, как правило, психически здоровы.

Как правило, подростки, которые совершают попытку покончить с собой, психически больными не являются и представляют опасность исключительно для самих себя. Большей частью они находятся в состоянии острого эмоционального конфликта, от чего в течение короткого промежутка времени думают о самоубийстве. Лишь у очень небольшого числа молодых людей наблюдаются серьезные химические и физические нарушения мозговой деятельности, в связи с чем их поступки и ощущения могут в течение долгого времени отличаться неадекватностью.

Психически нездоровые люди часто кончают с собой. Из-за резких перепадов настроения и неадекватного поведения жизнь их превращается в пытку – однако твои друзья и знакомые, в большинстве своем, к этой категории не принадлежат.

Важная информация № 7. Тот, кто говорит о суициде, совершает суицид.

Из десяти покушающихся на свою жизнь подростков семь делились своими планами. Поэтому большинство подростков, которые говорят о

суициде, не шутят. Тем не менее у нас принято от них «отмахиваться». «Он шутит», – говорим или думаем мы. – «Она делает вид», или: «Это он говорит, чтобы привлечь к себе внимание!» Не рискуй жизнью своего друга: раз он заговорил о самоубийстве, значит это серьезно.

Важная информация № 8. Суицид – это не просто способ обратить на себя внимание.

Часто друзья и родители пропускают мимо ушей слова подростка: «Я хочу покончить с собой». Им кажется, что подросток хочет, чтобы на него обратили внимание, или же что ему просто что-то нужно.

Если твой знакомый заговорил о самоубийстве, то он и в самом деле хочет привлечь к себе внимание. И вместе с тем он не шутит. Какие уж тут шутки! Если ты настоящий друг, то в этой ситуации тебе не пристало рассуждать о том, для чего ему понадобилось привлекать к себе внимание. Вместо этого, обрати внимание на то, что говорит твой друг, не рассуждай о том, чем он руководствовался, заговорив о суициде.

Исходя из того, что если твой друг завел разговор о самоубийстве, значит живется ему и в самом деле не сладко. Значит, он решился на отчаянный шаг. Даже если он просто «делает вид», хочет обратить на себя внимание, это необычное поведение свидетельствует о том, что он попал в беду. Что-то у него наверняка стряслось. И лучше всего – прислушаться к его словам, отнестись к его угрозам всерьез.

Важная информация № 9. Суицидальные подростки считают, что их проблемы серьезные.

Разные люди смотрят на одну и ту же ситуацию, на одну и ту же проблему по-разному. То, что одному кажется ерундой, другому может показаться концом света.

Наверно, ты согласишься, что дети и взрослые часто смотрят на жизнь по-разному. То, что ужасно для тебя, для них ерунда, и наоборот. У тебя, например, плохое настроение оттого, что ты подрался со своим лучшим другом, а родители скажут: «Ну и что? У тебя и без него друзей хватает».

На жизнь по-разному смотрят не только родители и дети. Даже у самых близких друзей может быть разная точка зрения: то, что «здорово» для тебя, для одного твоего друга «паршиво», а для другого – «нормально».

Важная информация № 10. Суицид – следствие не одной неприятности, а многих.

Ты ведь слышал выражение: «Последняя капля, которая переполнила чашу терпения»? Причины, ведущие к суициду, подобны капающим в чашу терпения каплям. Каждая капля – ничто, двум каплям, десяти каплям ни за что не заполнить чашу доверху. А теперь представь, что капель этих не десять и даже не сто, а многие тысячи. В какой-то момент чаша терпения будет переполнена.

Обычно люди не совершают самоубийство из-за одной какой-то неприятности. Большей частью они пытаются уйти из жизни не из-за одной неудачи, а из-за серии неудач.

Важная информация № 11. Самоубийство может совершить каждый.

Предотвращать суицид было бы проще всего, если бы его совершали только определенные подростки. К сожалению, тип «суицидоопасного подростка» установить невозможно.

Подростки из богатых семей подвержены суицидальным настроениям ничуть не меньше, чем подростки из семей нуждающихся. Суицид совершают не только те подростки, которые плохо учатся и ни с кем не ладят, но и молодые люди, у которых нет проблем ни в школе ни дома.

На первый взгляд может показаться, что вашей подруге не грозит суицид, потому что у нее все есть: деньги, машина, друзья, модные «тряпки». Но благополучие – вовсе не гарантия от суицида. Важно то, что твои друзья говорят и делают, а не то, сколько у них денег и что они, по-твоему, чувствуют.

Важная информация № 12. Чем лучше настроение у суицидента, тем больше риск.

Самоубийство подростка, который вроде бы уже выходит из кризиса, для многих является полной неожиданностью. Большинство молодых людей пытаются покончить с собой всего один раз в жизни; для тех же подростков, которые могут совершить вторичную суицидальную попытку, самое опасное время – 80-100 дней после первой попытки.

После первой попытки расстаться с жизнью подростки ощущают постоянную поддержку окружающих. Друзья, родители, учителя уделяют им повышенное внимание, и у них возникает чувство, что все их любят.

Однако спустя три месяца жизнь возвращается в прежнее русло. Друзья, родители и учителя по-прежнему окружают совершившего суицид немалой заботой, однако жизнь, как говорится, «берет свое», появляются у них дела и поважнее. Тем более что настроение у подростка отличное – вот всем и кажется, что худшее позади.

Однако совершивший суицидальную попытку подросток возвращается в нормальное состояние медленнее, чем может показаться. Страхи и неприятности, подтолкнувшие его к суициду, еще не прошли окончательно, еще дают о себе знать. Вот почему этот этап наиболее опасен: все опекавшие подростка занялись своими делами, у него же возникает впечатление, что от него отвернулись, и ему может прийти в голову мысль совершить еще одну суицидальную попытку, чтобы «вернуть» к себе внимание окружающих.

Иногда на то, чтобы окончательно изжить в себе суицидальные намерения, подросткам требуется не меньше трех месяцев. За это время может выясниться, что ситуация к лучшему не изменилась: любимая девушка к нему не вернулась, отметки лучше не стали, пристрастие к наркотикам или к алкоголю такое же сильное. Тут-то им и приходит в голову

мысль, что единственный выход из положения – повторная попытка расстаться с жизнью. Они находятся в неплохой форме и начинают планировать суицидальную попытку номер два с удвоенной энергией.

В этом случае их друзьям следует быть настороже. Тебе может показаться, что твой друг после первой попытки одумался и «пошел на поправку», – он же в это самое время задумал второй суицид активно приступил к осуществлению своего намерения. Вид у него при этом совершенно счастливый, ведь про себя он думает: «Ничего, скоро все это кончится».

Информация № 13 – самая важная: друг может предотвратить самоубийство!

От заботливого, любящего друга зависит многое. Он может спасти потенциальному суициденту жизнь.

А теперь представь, что кто-то из твоих друзей поделился с тобой своей тайной, – сказал, например, что хочет покончить с собой. Согласись, если б он тебе не доверял, то и секретами бы не делился. И заговорил твой друг с тобой, возможно, именно потому, что-умирать-то он не хотел. К тебе он обратился потому, что верил: понять его сможешь только ты.

ОПРОСНИК СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА (ОСР)

(модификация Т.Н. Разуваевой)

Цель: диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса.

Методика применяется в случае, если на основе предшествующего наблюдения (исследования) была выявлена высокая вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой взрослый должен проявить максимум внимания и сочувствия.

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

Текст опросника

Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.

Вас часто одолевают мрачные мысли.

Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.

В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.

Вам определенно не везет в жизни.

Учиться Вам стало труднее, чем раньше.

Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.

Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.

Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.

Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.

Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.

Вы считаете себя обреченным человеком.

Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.

У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.

Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.

В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.

Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.

Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.

Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.

Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.

Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.

Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.

Будущее представляется Вам довольно беспросветным.

Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.

Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.

Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.

Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.

Часто Вы действуете необдуманно, повинаясь первому порыву.

Обработка результатов. По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Ответу «да» начисляется 1 балл. Количество утверждений по каждому фактору принимается за 100%. Количество баллов переводится в проценты. Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

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

Содержание субшкальных диагностических концептов

Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной регидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко.

Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.

Уникальность. Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в

частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие «Я» наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня».

Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

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

Атисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА (И.А. Погодин)

Предлагаемая методика призвана способствовать психологам, социологам, врачам в установлении степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в тяжелых жизненных ситуациях. Вместе с тем ее могут использовать педагоги, работники социальных и правоохранительных органов для подтверждения своих выводов о людях, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях жизненного кризиса или в пресуицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Достоверность методики повышается с расширением источников информации и способов изучения личности.

На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам свободной беседы с ним постарайтесь отметить наличие выраженности у него перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора поставьте его условный «вес» в соответствии с таблицей. Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11-31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены — +0,5; если не выявлены — 0; если фактор отсутствует, ставится -0,5. «Вес» факторов 5-7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1-4, 10 от -0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7-10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8, риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повторения. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинико-психологическое обследование этого индивида.

Карта риска суицидальности

Изучаемые факторы:

I. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки — до 18 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).

5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни – 16 лет и ранее.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
10. В анамнезе имел место развод.
- II. Актуальная конфликтная ситуация
11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный служебный конфликт.
14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Высказывания с угрозой суицида.
- III. Характеристика личности
20. Эмоциональная неустойчивость.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, неподвижность.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

Характеристика факторов	Номера факторов		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Отсутствует (фактор)	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо выражен	+0,5	+1,0	+1,5
Присутствует	+1,0	+2,0	+3,0
Наличие не выявлено		0	

Литература

1. Ожегов С.И. словарь русского языка. / Под ред. Н.Ю. Шведовой. 1984.
2. Программа профилактики суицидального поведения «Жизнь как чудо». Составитель: Литвинова О. А. р.п. Каргаполье, 2012 (DVD диск)
3. Профилактика суицидального поведения. Методические рекомендации. Сост.: А.Г. Абрумова и В.А. Тихоненко. М., 1980.
4. Региональные подходы к осуществлению профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде Курганской области: Методические рекомендации. - Курган, 2008.
5. Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид. Психологический взгляд. КАРО, С – П, 2006.
6. Суицидальное поведение у детей и подростков: Методические рекомендации. - Курган, 2006.

**ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского”
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
(факторы риска, предикторы развития,
диагностика)**

Методические рекомендации



Москва - 2024

УДК 159.9:616.89

ББК 56.14:88.7

С89

Методические рекомендации подготовили в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России доктор медицинских наук **Р.В. Ахапкин**, доктор психологических наук, профессор **Е.Г. Дозорцева**, доктор медицинских наук, профессор **Е.Б. Любов**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник **Г.С. Банников**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник **К.Л. Кесян**, младший научный сотрудник **К.А. Чистопольская**.

Методические рекомендации утверждены на заседании Ученого совета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 24 июня 2024 г., протокол № 6.

Рецензенты:

П.Б. Зотов – профессор, доктор медицинских наук, директор Института клинической медицины ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России;

И.С. Карауш – доцент, доктор медицинских наук, доцент учебно-методического отдела ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

С89 Ахапкин Р.В., Дозорцева Е.Г., Любов Е.Б., Банников Г.С., Кесян К.Л., Чистопольская К.А. **Суицидальное поведение несовершеннолетних (факторы риска, предикторы развития, диагностика):** Методические рекомендации. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2024. – 38 с.

Приведены основные факторы риска развития суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте, описаны психологические феномены, клиничко-психопатологические симптомы, кризисные суицидальные переживания, имеющие наибольшую прогностическую ценность при оценке краткосрочного риска совершения суицидальных действий. Представлены опросник кризисного состояния (ОКС-7) для первичной оценки выраженности суицидальных переживаний, чек-лист оценки суицидального риска (ЧОСР), способствующий выявлению краткосрочного суицидального риска, и карта кризисного состояния подростка, включающая в себя социально-демографические, психологические, анамнестические данные, отвечающие за суицидальный риск. Обновлено и дополнены новыми понятиями основные суицидологические термины.

Для психиатров, психотерапевтов, клинических и медицинских психологов, врачей общемедицинской практики, педагогов-психологов, специалистов ведомств, участвующих в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.

ББК 56.14:88.7

ISBN 978-5-86002-408-3

© Коллектив авторов, 2024.

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, 2024.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МКБ-10	– Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)
МО	– медицинская организация
НСП	– несуицидальное самоповреждающее поведение
ОО	– образовательная организация
ПАВ	– психоактивные вещества
ПДН	– подразделение по делам несовершеннолетних
ФАП	– фельдшерско-акушерский пункт
ЦРБ	– центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы, распространенность несуицидального и суицидального самоповреждающего поведения у подростков достигает 13–18%, но лишь в 20% случаев приводит к госпитализации. Попытки самоубийства происходят примерно в 10–20 раз чаще, чем завершённые суициды. Наличие суицидальных мыслей у подростков в 12 раз повышает риск суицидальной попытки к 30 годам, более трети подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение 1–2 лет после их возникновения.

Статистические данные о смертности несовершеннолетних от самоубийств за 2019–2023 гг. по Российской Федерации показывают относительную устойчивость с ежегодными колебаниями вокруг средних значений: 2019 г. – 372 (1,23¹), 2020 г. – 311 (1,02), 2021 г. – 375 (1,24), 2022 г. – 289 (0,955), 2023 г. – 371 (1,23) при высокой региональной неравномерности.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Суицидальное поведение складывается из нескольких взаимосвязанных групп факторов риска: *потенциальных* (долгосрочных, создающих почву), *триггерных* (негативные события) и актуальных (*краткосрочных*, клинико-психологических).

1. Потенциальные/долгосрочные факторы суицидального поведения

Предыдущие попытки суицида – один из основных факторов в предсказании новых суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3–6 месяцев;

¹ На 100 тыс. населения соответствующего возраста.

20% лиц, совершивших суицидальную попытку, делают еще одну попытку в течение первого года, и 5% совершают самоубийство в течение 9 лет.

Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные. Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства.

Психические расстройства. Риск самоубийства для пациентов с психическими расстройствами в 5–15 раз выше, чем для лиц без таковых.

Самыми распространенными диагнозами являются аффективные расстройства (32–47%). Среди наиболее суицидогенных депрессий в подростковом возрасте выделяют тревожную, бредовую и деперсонализационную депрессию. От 50 до 57% подростков с биполярным расстройством высказывают суицидальные мысли, а 18% сообщают о суицидальных попытках. Подростки с ПТСР имеют в 15 раз выше суицидальный риск по сравнению с подростками без психических расстройств. По другим данным, риск развития суицидального поведения увеличивается на 23% у подростков с ПТСР. Около 5% подростков с впервые выявленной шизофренией совершают самоубийства, от 2 до 11% совершают суицидальную попытку в первый год вмешательства. Суицидальные попытки связаны со злоупотреблением ПАВ, коморбидными психическими расстройствами, в первую очередь расстройствами личности эмоционально-нестабильного (пограничного) типа. Среди диагнозов, установленных при проведении посмертных КСППЭ несовершеннолетних, совершивших суицид, доминировали более чем в 50% случаев психогенные расстройства, и были аффективные нарушения в виде депрессии разной степени выраженности, что составило 14,55% случаев из всей когорты.

Семейные факторы:

- а) психические заболевания в семейной истории, история самоубийства или суицидальные попытки в семье;
- б) эмоционально-холодный, контролирующий стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности»;
- в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, безработица членов семьи;

- г) хронические конфликты в семье,
- д) алкоголизация, наркомания;
- е) проживание (по разным причинам) без родителей.

Сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Лица нетрадиционной ориентации подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадёжности, злоупотребления алкоголем и недавней виктимизации.

2. Стрессовые события (триггеры) суицидального поведения

В 60% случаев родители, у которых подросток совершил самоубийство, сообщали о значимых негативных событиях в предшествующие полгода до смерти:

- *острые конфликты между родителями и детьми* являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей;
- *сексуальное, физическое и эмоциональное насилие.* Сексуальное и эмоциональное насилие сильнее влияет на развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье. Мальчики, подвергшиеся сексуальному насилию, имеют более высокий риск совершения самоубийства, чем девочки;
- *крушение близких отношений, разлука или ссора с друзьями.* Романтическое расставание в течение последних трех месяцев – одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству;
- *запугивание, издевательства (буллинг, кибербуллинг) со стороны сверстников;*
- *нежелательная беременность, аборт, заражение венерическими заболеваниями;*
- *частые переезды в раннем детстве в возрасте 11–17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск;*
- *недавно выявленное психическое расстройство.* Риск самоубийства особенно высок в течение первых 90 дней

после первоначально поставленного диагноза. Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением ПАВ;

- *распад семьи, развод* или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи.

3. Антисуицидальные факторы

- *Семья*: полная семья, доверительные отношения, поддержка со стороны родных.
- *Личностные особенности*: развитые социальные навыки, уверенность в себе, умение обращаться за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, высокие личные стандарты (Я-ориентированный перфекционизм), наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.
- *Социально-психологические факторы*: социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.

4. Клинико-психологические предикторы суицидального кризисного состояния, определяющие краткосрочный суицидальный риск

Суицидальное кризисное состояние – острое или хроническое болезненное психическое состояние, характеризующееся выраженными нарушениями в аффективной, когнитивной и поведенческой сферах с переживаниями безысходности, безвыходности, нахождение в котором может приводить к самоубийству. Внешним выражением суицидального кризиса могут быть различные формы несуицидального и суицидального самоповреждающего поведения (синоним «суицидальные попытки») (Приложение 2).

4.1. Суицидальный риск определяется как вероятность совершения суицидальных действий, которую прогнозируют

на основе совокупности объективных и субъективных данных о подростке (Приложение 2).

В зависимости от выраженности клинико-психологической составляющей кризисного состояния, суицидальных мыслей, суицидальных попыток в анамнезе и других данных анамнеза выделяются три группы риска.

1. *Незначительный/пограничный.* Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Единичные случаи несуйцидального самоповреждающего поведения.
2. *Умеренный/долгосрочный.* Присутствуют суицидальные мысли, но отрицается наличие четкого плана, возможно наличие попыток суицида в прошлом. Присутствует мотивация к терапии.
3. *Высокий/краткосрочный.* Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред. Известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом. Когнитивная ригидность и отсутствие надежд на будущее. Отвергает предлагаемую помощь, признаки острого суицидального кризисного состояния.

Высокий краткосрочный суицидальный риск представляют подростки и молодые люди, высказывающие суицидальные намерения/планы и имеющие в анамнезе суицидальные попытки. У подростков и молодых людей с высоким суицидальным риском чаще диагностируются расстройства аффективного спектра при легкой и средней выраженности депрессивного состояния. Длительность депрессивного состояния от полугода и более двух лет. Наблюдается тенденция к позднему обращению за помощью. На втором месте по встречаемости стоят расстройства, развивающиеся на фоне негативных событий. Третье место делят расстройства шизофренического спектра: преимущественно шизоаффективное и шизотипическое расстройство, а также эмоционально-неустойчивое расстройство личности.

4.2. Клинико-психопатологический «портрет» подростка с активными суицидальными интенциями и суицидальными действиями (симптомы, связанные с высоким краткосрочным суицидальным риском)

В эмоциональной сфере: пониженное настроение, подавленность с витализацией аффекта (душевная боль), деперсонализация-дереализация, болезненная психическая анестезия.

В соматической сфере: соматические симптомы, болезненные телесные сенсации, снижение аппетита, нарушения любых фаз сна.

В когнитивной сфере: снижение когнитивного контроля, невозможность переключиться с негативных на позитивные переживания.

В переживаниях: переживание западни (безысходности, безвыходности), обременительности, вины перед близкими.

Суицидальный нарратив и нарушенная социальная принадлежность (кто я теперь?), личное или социальное унижение.

4.3. Механизмы развития суицидального поведения в зависимости от ведущего аффекта в структуре кризисного состояния

В зависимости от преобладания в структуре кризисного суицидального преобладающего аффекта тревоги, тоски и дисфории наблюдаются разные структурно-динамические изменения (механизмы), приводящие к суицидальным действиям.

- При доминирующем *тревожном* аффекте суицидальное поведение развивается через постепенное соматическое истощение, астенизацию, снижение когнитивно-мнестических функций, нарастающую растерянность, бессилие. Суицидальный мотив – избегание наказания (бегство). Антисуицидальным фактором служит страх перед болью, неизвестностью.
- При ведущем *тоскливом* аффекте суицидальное поведение развивается на фоне значимых психотравмирующих ситуаций (чаще несправедливости с невозможностью что-либо изменить), присутствует психическое истощение

и нарастающие депрессивные/меланхолические проявления с переживанием безысходности, восприятием себя как бремени для окружающих. Суицидальный мотив для подростка – доказать себе или окружающим, что «он еще что-то может», или же самонаказание. Антисуицидальным фактором является страх нанести вред значимому близкому человеку.

- При доминирующем в структуре кризисного состояния *дисфорическом* аффекте негативное событие часто воспринимается как фрустрация своих желаний, переживаемых как личное или социальное унижение, в результате возникает обвинение окружающих с быстро нарастающими обидой, гневом. Суицидальный мотив – разрешение конфликта, суицидальный поступок носит характер коммуникации в диадических отношениях. Антисуицидальным фактором являлся страх смерти, несуществования.

Пресуицидальный период

Для оценки краткосрочного риска развития суицидального поведения, кроме выделения симптомов, *связанных с высоким суицидальным риском*, необходимо учитывать структурно-динамические характеристики пресуицидального периода.

Аффективно-импульсивный (острый – до суток) период характеризуется преобладанием в структуре кризисного состояния различных форм проявления тревоги: ажитированностью, ситуационной тревожностью с экстрапунитивной эмоциональной неустойчивостью, простыми фобиями, проявлениями деперсонализации-дереализации, болезненными телесными сенсациями преимущественно алгического характера, снижением когнитивного контроля (суженное сознание). Механизм развития суицидального поведения в аффективно-импульсивном пресуицидальном периоде можно представить в виде последовательной цепочки: конституционально-характерологический фон в виде повышенной нервной возбудимости,

постоянной «свободноплавающей» тревоги, эмоциональной нестабильности актуализируется под влиянием негативных событий. Усиливаются тревожные проявления, в конечном итоге приводя к суженному сознанию с элементами деперсонализации-дереализации с необходимостью разрядки, суицидальные действия можно рассматривать как «бегство» из субъективно непереносимой ситуации. Особенно опасны аффективно-импульсивные суицидальные действия, если они носят парадоксальный, психологически непонятный характер – например, на фоне улучшения настроения, когда сам подросток не может понять и объяснить свои суицидальные действия.

Гипотимный (хронический – свыше суток) период, сопровождается симптомами, в большей своей части характерными для меланхолических депрессивных состояний. В эмоциональной сфере – беспредметной тоской в сочетании с тревогой, не связанной с ситуацией, «свободноплавающей», чувством вины, проявлениями болезненной психической анестезии, переживанием себя как бремени. В когнитивной сфере – фиксацией на событиях, приведших к кризисному состоянию, когнитивной ригидностью, в поведенческой сфере – снижением работоспособности. Механизм, приводящий к суицидальным действиям, можно представить следующим образом: длительное нахождение в депрессивном состоянии с крайне мучительными симптомами болезненной психической анестезии с чувством вины, самоуничтожения, своей ущербности, бессилия перед тем, что подросток ничего не может изменить, когнитивная ригидность с фиксацией на своем состоянии, постепенное снижение работоспособности приводят к усугублению безысходности, отчаянию. Дополнительным отягощающим кризисное состояние фактором может послужить длительность и неэффективность терапии, «потраченное время», «деньги родителей», усиливающее переживание себя как бремени, а мотивом суицидального акта служит самонаказание или отказ от жизни, также актуален мотив «доказать», что подросток еще что-то может.

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Выявление суицидального риска – сложная задача, стоящая перед психиатрами в условиях стационарной и амбулаторной помощи. Проблема заключается как в ложноположительных, так и в ложноотрицательных ответах: само по себе наличие суицидальной идеации еще не означает суицидальной готовности, однако отсутствие или, тем более, намеренное отрицание суицидальных мыслей и попыток (диссимуляция, сокрытие) тоже не служит знаком того, что человек находится вне суицидального риска. Особенности некоторых суицидальных состояний заключаются в том, что человек может совершить суицид или суицидальную попытку неожиданно для окружающих или самого себя.

Мировая практика показала, что обычные скрининговые опросники, задающие прямые вопросы о суицидальных мыслях и попытках, недостаточны для подтверждения или опровержения опасений врача насчет своего пациента. Требуется дополнительная информация о так называемом «суицидальном нарративе» – концептуализации пациентом своего жизненного положения как безвыходного, безнадежного, часто сопровождающегося острым переживанием стыда вследствие социального поражения или унижения, ощущением себя обузой для родных и близких, размыканием или отсутствием близких дружеских связей, наличия едкой самокритики. Такое состояние требует психотерапевтического и психокоррекционного вмешательства.

Помимо этого, врачу важно обращать внимание на остроту психоэмоционального состояния пациента. На этапе острого пресуицида, как правило, наблюдается не только усиление субъективно переживаемого чувства западни («отчаянной безнадежности»), но и аффективные нарушения (психалгия, резкие всплески негативных эмоций, сильная тревога, доходящая вплоть до диссоциативных симптомов, острая ангедония), потеря когнитивного контроля (неотвязные мысли неприятного содержания – о собственной смерти или собственной никчемности), когнитивная ригидность, неспособность вытеснения неприятных мыслей), перевозбуждение (ажитация, раздражительность, нарушения сна), социальное отчуждение

(сокращение или прекращение социальной активности, уклончивое общение с близкими). Такие симптомы синдрома суицидального кризиса указывают на необходимость экстренной госпитализации.

Для диагностики подострого состояния (суицидального нарратива) у детей и подростков можно воспользоваться опросниковыми методами («Шкала душевной боли» Р. Холдена, «Шкала безнадежности» А. Бека, «Шкала сочувствия к себе» К. Нефф)², показавшими свою пригодность в исследованиях молодежи. Поскольку нормы были выделены на студенческой выборке, следует внимательно относиться к пограничным значениям у детей и подростков и дополнительно обсуждать с пациентами их состояние, чтобы учесть их тенденции и склонности, стратегии совладания с трудными переживаниями. Опрос, уточняющую беседу и интерпретацию может проводить как врач, так и клинический психолог отделения.

Для диагностики острого состояния (синдрома суицидального кризиса) врачу-психиатру следует пользоваться чек-листом и выявлять симптомы в беседе и наблюдении за поведением пациента.

Алгоритм маршрутизации для оказания медико-психологической помощи лицам с суицидальными тенденциями

Центральным звеном оказания медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением должен стать кабинет, оказывающий помощь в амбулаторных условиях, организуемый в соответствии с порядком организации кабинета (отделения) медико-психологической помощи, или

² Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. Сочувствие к себе в контексте суицидальных тенденций: нормативные показатели «Шкалы сочувствия к себе» К. Нефф // Психологические исследования. – 2024. – № 93. – Т. 17. – С. 3. DOI: 10.54359/ps.v17i93.1516;

Колачев Н.И., Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э. «Шкала душевной боли» Р. Холдена и «Шкала безнадежности» А. Бека: диагностические возможности для предсказания суицидального риска // Психологические исследования. – 2023. – № 90. – Т. 16. – С. 7. DOI: 10.54359/ps.v16i90.1439.

психотерапевтического кабинета, или кабинета медико-психологического консультирования (приказ Минздрава России от 14.10.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения») в поликлинике или поликлиническом отделении многопрофильного стационара (далее – Кабинет).

Кабинет медико-психологического консультирования является новым структурным подразделением медицинской организации. Его особенностью является наличие в структуре данного подразделения только медицинского психолога, одна должность которого устанавливается на 25 тысяч населения.

Обращение граждан в Кабинет осуществляется по записи напрямую либо через телефон «горячей линии», либо по направлению из ФАП, амбулатории и других МО.

В случае выявления у обратившихся в кабинет суицидоопасных и кризисных состояний, требующих госпитализации в психиатрический стационар или диспансерного наблюдения, предпринимаются соответствующие меры.

Первичный скрининг, направленный на выявление суицидальных тенденций и кризисного состояния:

- Первичный скрининг осуществляется в учреждениях, оказывающих первичную доврачебную и врачебную, медико-санитарную помощь – в ФАП, поликлиниках, поликлинических отделениях ЦРБ – в ходе обращения граждан данной категории за медицинской помощью или прохождения ими профилактических медицинских осмотров либо диспансеризации.
- Первичный скрининг могут осуществлять специалисты, включая фельдшеров, врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых и врачей общей практики, имеющих только базовую подготовку по диагностике психических расстройств и расстройств поведения.
- При первичном скрининге суицидальный риск оценивается путем опроса об имевших место суицидальных попытках или самоповреждающем поведении (самопоре-

зы, ожоги, самоотравления и др.) в последние 6 месяцев. При положительном ответе на любой из двух вопросов рекомендуется консультация врача-психиатра или врача-психотерапевта. Первичный скрининг наличия суицидальных тенденций осуществляется с помощью опросника кризисного состояния несовершеннолетнего (ОКС-7) (Приложение 3).

- Первичный скрининг могут осуществлять также специалисты по социальной работе, социальные работники, педагоги и другие специалисты немедицинских специальностей.
- В случае высокого риска психического расстройства или расстройства поведения подростки направляются на консультацию к специалистам, оказывающим специализированную помощь по профилю «психиатрия» или «психиатрия-наркология» в кабинете/отделении (психотерапевтические, медико-психологической помощи, медико-психологического консультирования) поликлиники/ЦРБ (при их наличии), либо в психоневрологическом/наркологическом диспансере.

Оценка суицидального риска

Одним из основных факторов суицидального риска в краткосрочной перспективе является наличие в последние недели/месяцы:

- неоднократных брутально окрашенных суицидальных попыток;
- сохраняющееся желание умереть после последней суицидной попытки;
- выраженность симптомов, характерных для суицидального кризисного состояния;
- нарастающая социальная изоляция;
- злоупотребление ПАВ.

Показания для экстренной госпитализации в МО, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях³:

- наличие психического расстройства, психотической симптоматики, ажитации;
- активные мысли о суициде, высокий суицидальный риск (больше 10 баллов по чек-листу оценки суицидального кризиса, Приложение 4);
- высокий риск летальности суицидальных действий;
- сохраняющиеся/усиливающиеся внешние и внутренние факторы, явившиеся причиной суицида.

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в МО, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) угроза существенного вреда его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи⁴.

Показания для плановой госпитализации в МО, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях:

- наличие психического расстройства;
- умеренный суицидальный риск – от 5 до 10 баллов по чек-листу оценки суицидального кризиса (Приложение 4);

³ Госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, осуществляется согласно ст.28 Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (с изменениями и дополнениями) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

⁴ В соответствии со ст.29 Закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 (с изменениями и дополнениями) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

- наличие суицидальных попыток за последние полгода при критичном или амбивалентном отношении к ним;
- неэффективность предыдущего лечения;
- отсутствие/недостаточность семейной или социальной поддержки;
- согласие пациента на лечение в стационарных условиях.

Параметры оценки суицидального риска при проведении психофармакотерапии

При проведении психофармакотерапии необходимо оценивать изменение состояния пациента с учетом следующих клинических характеристик:

- появление мыслей о смерти;
- появление мыслей о причинении себе вреда;
- появление мыслей о самоубийстве;
- ухудшение способности контролировать мысли о самоубийстве;
- появление планов, как совершить самоубийство.

Дополнительными симптомами, способными провоцировать/усиливать суицидальные мысли при проведении психофармакотерапии, являются:

- психотические симптомы;
- маниакальные и гипоманиакальные симптомы;
- самоповреждения;
- ночные кошмары;
- соматические симптомы (боли);
- снижение когнитивного контроля;
- гнев / вспыльчивость;
- побочные эффекты лекарственных средств.

КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ⁵

1. Межведомственное взаимодействие (ведомства, внедрившие методические рекомендации в практическую деятельность).

1.1. Повышение уровня информированности, знаний целевой аудитории в части, касающейся превенции суицидов среди несовершеннолетних.

1.2. Достижение дестигматизирующего эффекта (повышение уровня доверия перед обращением в медицинские учреждения или в другие учреждения).

2. Количество специалистов, медицинских учреждений, использующих методические рекомендации.

3. Число подростков из группы риска, которым была оказана медико-психологическая помощь (выявленных с помощью представленных в методических рекомендациях опросников и шкал).

⁵ Разработаны в соответствии с п.2 раздела I протокола заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 10.10.23 №1пр в части проведения анализа эффективности и актуальности применяемых специалистами органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних методических материалов, информационных и инструктивных писем по вопросам профилактики суицида среди несовершеннолетних.

**ОСНОВНЫЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ,
ИСПОЛЗУЕМЫЕ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ ВЕДОМСТВ
(ГЛОССАРИЙ)⁶**

Антисуицидальный барьер (защитные факторы) – комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. К ним относятся: эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания, открытость для помощи, доступность неформальной и формальной поддержки.

Групповой суицид – одновременное осуществление суицидальных действий группой лиц под воздействием каких-либо идеологических представлений, социальных стереотипов, навязанных извне установок (религиозные верования, влияние деструктивных групп, романтизация смерти и т.д.). Часто является следствием реакции группирования, характерной для подросткового возраста.

Диагностика суицидального поведения – ряд психодиагностических мероприятий, направленных на выявление суицидального риска и определение медико-психологических, психолого-педагогических мер, необходимых конкретному индивиду. Может включать психолого-педагогическое наблюдение, клиническую беседу, экспериментальное патопсихологическое исследование, психологическое тестирование, клиническую психиатрическую оценку.

Диссимуляция суицидального поведения – поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

⁶ Глоссарий суицидологических терминов был обновлен и согласован межведомственной рабочей группой, включавшей представителей Минздрава России, Минпросвещения России, Следственного комитета РФ, Аппарата Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка.

Доведение до самоубийства – угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства, в результате которых человек совершает самоубийство или покушение на самоубийство. Является преступлением в соответствии со ст. 110 Уголовного кодекса РФ.

Импульсивное суицидальное поведение – неожиданное для окружающих «внезапное» осуществление суицидальных действий, когда пресуицидальный период носит острейший («мгновенный») характер.

Индукцированный суицид – суицидальные действия, совершенные вследствие психологического воздействия суицидальных действий, осуществленных значимым для суицидента лицом, или распространенных социальных стереотипов (национальные особенности, религиозные представления).

Киберсуицид – формирование и/или реализация суицидальных мыслей посредством разнообразных форм участия в интернет-коммуникации.

Кластерные самоубийства – резкое учащение случаев осуществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), объединенных временем и местом (одна школа или район), часто обусловленных сообщениями в средствах массовой информации, социальных сетях, мессенджерах о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах).

Кризисная психологическая, психотерапевтическая помощь – экстренная психологическая, ургентная психотерапевтическая помощь подросткам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений. Нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приведших к развитию суицидального поведения, а также на поиск ресурсов и способов разрешения суицидогенного конфликта. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой формах.

Мотивы суицидального поведения – личностные побуждения, вызывающие желание ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения:

- *протест*: реакция отрицательного воздействия на объекты, вызвавшие психотравмирующую ситуацию (например, месть);
- *призыв*: активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотравмирующую ситуацию;
- *избежание*: уход от наказания или страдания;
- *самонаказание*: искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий;
- *отказ от жизни*: цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель – самоубийство, мотив – отказ от существования).

Несуицидальное самоповреждающее поведение – потенциально нелетальный намеренный акт аутоагрессивного поведения человека, связанный с физическим повреждением собственного тела и не имеющий в своей основе цели собственной смерти.

Постсуицидальный период – временной промежуток после совершения суицидальной попытки. Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

- *суицидально-фиксированный*: суицидогенный конфликт актуален или диссимилируется; суицидальные проявления сохраняются; положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной попытки; вероятность рецидивирования суицидальных действий очень высока;
- *аналитический*: суицидогенный конфликт актуален, однако суицидальные проявления не сохраняются, критическое отношение к суицидальной попытке; рецидивирование суицидальных действий возможно;
- *манипулятивный*: суицидогенный конфликт снижается – при благоприятном для суицидента изменении ситуации, либо сохраняется – при нереализации рентных установок (ожидание материальной или моральной выгоды от своего неблагоприятного положения);
- *критический*: суицидогенный конфликт утратил актуальность («обрывающий» эффект суицидальной попытки), суицидальные проявления отсутствуют.

Пресуицидальный период – период формирования суицидальной активности, границами которого являются момент возникновения суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий. Прогностически целесообразно выделение двух типов пресуицидальных периодов:

- *аффективно-импульсивный (острый) тип (до суток);*
- *гипотимный (хронический) тип (свыше суток).*

Профилактика суицидального поведения – различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, предотвращение осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения, а также на превенцию формирования суицидальных побуждений в рамках психолого-педагогической профилактики. Различают следующие виды профилактики суицидального поведения:

- *первичная:* содержит информационно-обучающие мероприятия по вопросам психического здоровья, суицидологии, проводимые для любых категорий населения;
- *вторичная*, включает в себя следующие стратегии: **селективные** (*избирательные*), противодействующие факторам риска в особой группе подростков, на текущий момент не проявляющих суицидальных наклонностей, но которые могут быть подвержены повышенному риску в биологическом, психологическом или социально-экономическом отношении, **антикризисные** – осуществляются в пресуицидальном и ближайшем постсуицидальном периодах и направлены на предупреждение реализации суицидальных намерений и планов, а также на купирование суицидальных замыслов и намерений;
- *третичная:* мероприятия, проводимые с близким окружением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, членов учебно-профессионального сообщества.

Самоповреждающее поведение – комплекс действий аутоагрессивного характера, нацеленных на причинение физического вреда собственному телу (может включать как несуицидальное самоповреждающее поведение, так и суицидальные попытки). В МКБ-10 – рубрика «Преднамеренное самоповреждение (X60–X84)».

Самоубийство (суицид) – действия, направленные на лишение себя жизни и завершившиеся летальным исходом.

Склонение к совершению самоубийства – целенаправленные действия, включая уговоры, предложения, подкуп, обман или иной способ побуждения человека к совершению самоубийства при отсутствии признаков доведения до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства. Является преступлением в соответствии со ст.110.1 Уголовного кодекса РФ.

Содействие совершению самоубийства – целенаправленные действия, включая советы, указания по совершению самоубийства, предоставление информации, средств или орудий совершения самоубийства, устранение препятствий к его совершению, обещание скрыть средства или орудия совершения самоубийства и иные. Является преступлением в соответствии со ст.110.1 Уголовного кодекса РФ.

Суицидальные действия – действия, направленные на лишение себя жизни.

Суицидальное кризисное состояние – острое или хроническое болезненное психическое состояние, характеризующееся выраженными нарушениями в аффективной, когнитивной и поведенческой сферах с переживаниями безысходности, безвыходности, нахождение в котором может приводить к самоубийству. Внешним выражением суицидального кризиса могут быть различные формы самоповреждающего поведения.

Суицидальные мысли (суицидальная идеация) – мысли о собственной смерти, рассмотрение аргументов отказа от жизни путем самоубийства с последующим размышлением над способом совершения самоубийства.

Различают:

- *пассивные суицидальные мысли* характеризуются представлением своей смерти без желания лишения себя жизни;
- *навязчивые суицидальные мысли* (суицидальные руминации) характеризуются постоянным возвращением к травмирующим событиям с невозможностью остановить поток негативных мыслей, формирующих суицидальное поведение;
- *активные суицидальные мысли* характеризуются желанием покончить с собой, разработкой плана реализации суицидальных действий (суицидальные намерения, замыслы, планы);

- *суицидальный императив* – «внутренний» приказ о немедленном осуществлении суицидальных действий (часто подсказывается способ их совершения); подразумевает беспрекословное подчинение.

Суицидальное поведение – диапазон различных вариантов сочетания суицидальных мыслей и суицидальных действий.

Суицидальный риск – вероятность совершения суицидальных действий, которую прогнозируют на основе клинической оценки, экспериментально-психологического исследования, включающего в себя психодиагностику с помощью тестовых и опросных методов и психолого-педагогического наблюдения. Условно можно выделить три группы риска:

Незначительный (пограничный). Суицидальные идеи единичны, нестойки, нет суицидальных намерений, твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда. Выявляются лишь несколько факторов риска. Имеются единичные случаи не-суицидальных самоповреждений.

Умеренный (долгосрочный). Присутствуют суицидальные мысли и намерения, но отрицается наличие четкого плана, возможно наличие попыток суицида в прошлом. Не выявляется признаков суицидального кризисного состояния, тяжелого психического расстройства. Присутствует мотивация к терапии.

Высокий / краткосрочный. Четкие и твердые планы, подготовка к тому, чтобы причинить себе вред; известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом. Потеря когнитивного контроля (тоннельное восприятие) и отсутствие надежд на будущее, признаки острого суицидального кризисного состояния, предлагаемая помощь отвергается.

Суицидент – человек, обнаруживающий любые формы суицидального поведения.

Суицидогенез – процесс формирования суицидального поведения от момента возникновения антивитальных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидальных намерений или реализации суицидальных действий.

Суицидогенный конфликт – наличие двух или нескольких разнонаправленных (с различной мотивацией) тенденций, одна из которых является в данный момент и в данной ситуации актуаль-

ной потребностью человека, а другая (или другие) – препятствует удовлетворению этой потребности. Суицидогенный конфликт может быть внутриличностный или межличностный. Данное состояние (вследствие его неразрешимости) может являться причиной формирования суицидального поведения.

Телефонная психологическая, психотерапевтическая помощь – анонимная психологическая, психотерапевтическая помощь, оказываемая по телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суицидоопасных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов. Осуществляется службой телефона доверия.

Факторы суицидального риска – внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), способствующие или непосредственно вызывающие формирование суицидального поведения. Различают социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), биологические (генетические), индивидуально-психологические (тревожность, агрессивность, безнадежность, одиночество и др.), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), клинические (предшествующая суицидальная попытка, наличие психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОПРОСНИК КРИЗИСНОГО СОСТОЯНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ОКС-7)

№	Вопросы	Совершенно не согласен (1)	Частично не согласен (2)	Не определился (3)	Частично согласен (4)	Полностью согласен (5)
1.	Я нахожусь в затруднительном положении, из которого нет выхода					
2.	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему					
3.	Бывало, что я наносил себе физический вред или пытался убить себя					
4.	Я могу думать только о плохом, что происходит в моей жизни					
5.	Вы часто чувствуете себя одиноким?					
6.	Иногда я не могу сдерживать желание ударить другого человека					
7.	Всем будет легче если меня не станет					

Интерпретация – подросток может находиться в кризисном состоянии если отвечает на 4 или 5 баллов по любому из представленных вопросов (для верификации результатов необходима индивидуальная консультация):

1. Попадания в сложную жизненную ситуацию (вопрос 1).
2. Безднадежность (вопрос 2).
3. Самоповреждающее поведение (вопрос 3).
4. Депрессивные руминации (вопрос 4).
5. Одиночество (вопрос 5).
6. Агрессия (вопрос 6).
7. Обременительность (вопрос 7).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Чек лист оценки суицидального риска (ЧОСР) (при проведении полуструктурированного интервью) у несовершеннолетнего

1. Степень выраженности суицидальных тенденций

<i>Пассивные суицидальные мысли:</i> характеризуются представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляются в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности	Нет/да
<i>Навязчивые мысли о смерти:</i> периодически возникающие, реже постоянные, мысли о смерти, самоубийстве. Человек воспринимает их, как чуждое для себя переживание и пытается с ними справиться	Нет/да
<i>Мысли о смерти сверхценного уровня:</i> мысли о смерти и самоубийстве носят постоянный характер, человек погружен в них, не борется с ними, есть разработка плана самоубийства, тяжело поддается переубеждению, этому часто сопутствует «тоннельное» восприятие мира (положительный ответ – высокий риск)	Нет/да
Наличие суицидальных попыток в предыдущие полгода	Нет/да

2. Клинико-психопатологические проявления

(Представлены симптомы, характерные для суицидального кризисного состояния даже **вне высказываний суицидальных намерений**)

Попадание в тяжелое положение (безысходность/безвыходность) Пациент описывает свою проблему (внешнюю, внутреннюю) как невыносимую, неразрешимую	Нет/да
Эмоциональная сфера (два положительных ответа – высокий риск)	
Витальные проявления кризисного состояния (психалгия, «душевная боль»)	Нет/да
Резкие всплески негативных эмоций, острая ангедония	Нет/да
Выраженная безотчетная тревога	Нет/да
Деперсонализация – дереализация	Нет/да
Болезненная психическая анестезия	Нет/да
Когнитивная сфера (два положительных ответа – высокий риск)	
Чрезмерные или постоянные руминации о своих переживаниях и событиях в жизни, которые привели к душевному смятению	Нет/да
Неспособность отклониться от повторяющегося негативного шаблона мыслей (когнитивная ригидность)	Нет/да

Опыт переживания глубокого погружения в негативные эмоции, ухудшение способности перерабатывать информацию или принимать решения (руминативное затопление)	Нет/да
Повторяющиеся безуспешные попытки вытеснить, подавить негативные или тревожные мысли	Нет/да
<i>Соматическая сфера</i> (два положительных ответа – высокий риск)	
Болезненные телесные сенсации, включая любые алгии, сенестоалгии	Нет/да
Нарушение любых фаз сна (засыпание, ночные, ранние пробуждения)	Нет/да
Отсутствие аппетита/потеря веса	Нет/да
<i>Поведенческая сфера</i> (два положительных ответа – высокий риск)	
Отчуждение или значительное снижение социальной активности	Нет/да
Уклончивое общение с близкими	Нет/да
3. Суицидальные переживания (положительный ответ повышает суицидальный риск)	
<i>Социальное поражение:</i> характеризуется высказываниями подростков, что они потеряли свою уверенность, оказались «выбитыми из привычной колеи», сдались и не могут больше бороться, ощущают себя в безнадежном положении.	Нет/да
<i>Воспринимаемая обременительность:</i> восприятие себя как бремени для других. Примеры высказываний: «Если я умру, то моя смерть станет облегчением для окружающих».	Нет/да
<i>Переживание запланди:</i> безвыходность, безысходность. Примеры высказываний: «У меня сейчас такое чувство, что хочется просто исчезнуть». «Я не вижу выхода, разрешения моей ситуации/состояния». «Я сдаюсь и не хочу бороться».	Нет/да

Интерпретация: Умеренный риск – больше 6 положительных ответов. Высокий суицидальный риск – больше 10 положительных ответов (считается по клинико-психопатологическим проявлениям и суицидальному нарративу). При наличии трех положительных ответов по суицидальным переживаниям пациент определяется как высокий риск, даже при отсутствии положительных ответов по клиническим проявлениям.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Карта суицидального кризисного состояния несовершеннолетнего, совершившего суицид или суицидальную попытку⁷

Необходимо вносить информацию, только подтвержденную документально

СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Имя (ФИО)	
Возраст (число полных лет)	
Пол	1 - мужской 2 - женский
Место жительства	1 - город 2 - сельская местность
Место обучения	1 - общеобразовательная организация 2 - профессиональная образовательная организация 3 - профессиональная образовательная организация высшего образования 4 - не обучается
ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ	
Психопатологическая отягощенность со стороны матери/отца	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - аффективные расстройства 2 - невротические расстройства 3 - расстройства шизофренического спектра 4 - расстройство личности 5 - органические расстройства 6 - зависимость от алкоголя и других ПАВ 7 - другое (указать) _____ _____

⁷ Карта суицидального кризисного состояния несовершеннолетнего подготовлена по итогам обсуждения в рабочем порядке представителями межведомственной рабочей группой (Минздрав России, Минпросвещения России, Следственный комитет РФ, Аппарат Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка).

Законченный суицид в ближайшем окружении	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - мать/отец
	2 - сестры/братья
	3 - дедушки/бабушки
	4 - близкие друзья
Суицидальные попытки в ближайшем окружении	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - мать/отец
	2 - сестры/братья
	3 - дедушки/бабушки
	4 - близкие друзья
Детские психологические травмы (до 12 лет)	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - психологические формы насилия
	2 - физические формы насилия, включая постоянные угрозы
	3 - сексуальное насилие
	4 - развод родителей в раннем возрасте
Установленные заболевания (в настоящее время)	
Наличие	0 – нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - соматических
	2 - неврологических
	3 - психических
	4 - инвалидность
Попытки самоубийства в анамнезе	
Наличие	0 – нет 1 - да
Количество попыток (указать число)	

Сколько времени назад была последняя попытка	1 - меньше недели
	2 - меньше месяца
	3 - в последние полгода
	4 - в последний год
	5 - больше года назад
Сколько было госпитализаций, связанных с суицидальными попытками (указать число)	
Состоял ли подросток на учете в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (ПДН)	0 - нет 1 - да
Состоял ли несовершеннолетний на диспансерном учете у психиатра, нарколога	0 – нет 1 - да
Вероисповедание несовершеннолетнего, членов его семьи (указать)	
Семья	
Состав семьи	1 - полная
	2 - неполная
Совместно проживающие родственники	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - сирота или ребенок, оставшийся без попечения родителей
	2 - отец (или отчим)
	3 - мать (или мачеха)
	4 - бабушки/дедушки
	5 - братья и/или сестры
Сколько братьев и сестер (указать число)	
Среди своих братьев и сестер пациент	1 - старший
	2 - средний
	3 - младший
	4 - близнецы

Конфликты в семье	
Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - острый
	2 - хронический
	3 - периодический

Негативные события за последние полгода, предшествовавшие обращению к специалисту

Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - потеря значимого взрослого
	2 - смерть друга
	3 - развод родителей
	4 - сексуальное насилие со стороны родителей (или лиц, их заменяющих)
	5 - сексуальное насилие со стороны сверстников
	6 - буллинг
	7 - разрыв романтических отношений
	8 - острые конфликты с родителями
	9 - острые конфликты со сверстниками
	10 - соматическое неблагополучие
	11 - кибербуллинг
	12 - другое (указать) _____

Соматическое неблагополучие (актуальное)

Наличие	0 - нет 1 - да
Если ответ «да», то уточните	1 - головные боли, головокружения (неврология)
	2 - вегетативные кризы
	3 - проблемы с сердечно-сосудистой системой
	4 - проблемы с желудочно-кишечным трактом
	5 - проблемы с мочеполовой системой

	6 - проблемы со стороны дыхательной системы
	7 - аллергии
	8 - дерматология
	9 - проблемы с опорно-двигательной системой
	10 - другое (указать) _____ _____

Межличностные отношения

Особенности межличностных отношений в школе, на улице	1 - общителен
	2 - замкнут
	3 - демонстративен
	4 - одинок (стеснителен)
	5 - конфликтен
	6 - лидер
Наличие школьных друзей	1 - школьные
	2 - внешкольные
	3 - как школьные, так и внешкольные
Отношение к учебе	1 - ответственное
	2 - целеустремленное (связанное с определенной целью)
	3 - формальное
	4 - негативное
	5 - тревожное
Основное увлечение, хобби	1 - связанное со спортом
	2 - связанное с искусством (музыка, рисование, чтение, др.)
	3 - коллекционирование
	4 - связанное с различными науками (история, химия, астрономия, физика)
	5 - связанное с компьютером
	6 - другое (указать) _____ _____
	7 - нет

**Несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП)
в последние три месяца**

Наличие	0 - нет 1 - да
Способы	1 - самопорезы 2 - уколы острыми предметами 3 - прижигания 4 - удары кулаком, ногой, рукой, корпусом по твердым поверхностям 5 - другое
Какой был основной мотив НСП	1 - самонаказание 2 - протест 3 - призыв (показать другим, как мне плохо) 4 - облегчение психического состояния 5 - привлечь внимание 6 - просто за компанию 7 - чтобы понять себя
При каких обстоятельствах произошло НСП	1 - конфликты в семье 2 - конфликты с друзьями, со сверстниками 3 - неудачная любовь 4 - ухудшение психического состояния 5 - другое (указать) _____
Были ли раньше случаи самоповреждения?	0 - нет 1 - да
Как подросток относится к своим действиям сейчас	1 - критично (сожалеет) 2 - хвалится, гордится 3 - стыдится 4 - никак
Кто еще знает о самоповреждающих действиях (родители, друзья)	1 - родители 2 - друзья, знакомые 3 - психолог, психиатр 4 - учителя

Как они к этому относятся	1 - критично (осуждают)
	2 - не знают, что делать
	3 - никак не реагируют
	4 - пытаются разрешить ситуацию, помочь

Клинические характеристики

Диспансеризация подростка на момент обследования	1 - не состоит под наблюдением психиатра
	2 - получает лечебно-консультативную помощь
	3 - диспансерное наблюдение

ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

День совершения	1 - будний 2 - предвыходной/предпраздничный 3 - выходной/праздничный 4 - каникулы
Место совершения	1 - в своей квартире 2 - в чужой квартире 3 - в школе 4 - в общественном месте 5 - в безлюдном месте 6 - другое (указать) _____
Наличие окружающих в момент совершения попытки	0 - нет 1 - да
Дополнительные факторы	1 - алкогольное опьянение 2 - наркотическое опьянение 3 - не было
Способ	1 - самоповешение 2 - самоотравление 3 - самопорезы 4 - колото-рубленные раны 5 - падение с высоты 6 - падение под движущийся транспорт 7 - другой (указать) _____
Подготовка	1 - открытая 2 - скрытая 3 - не было

Наличие предсмертной записки	0 - нет 1 - да
Острый пресуицидальный период (до суток от намерения до осуществления)	0 - нет 1 - да
Длительный пресуицидальный период (свыше суток от намерения до осуществления)	0 - нет 1 - да

Сфера суицидального конфликта

Причины суицидального поведения	1 - несправедливое отношение 2 - потеря «значимого другого» 3 - препятствия к удовлетворению актуальной ситуационной потребности 4 - неудачная любовь 5 - недостаток внимания, заботы 6 - боязнь наказания 7 - самоосуждение за реальный проступок 8 - неудачи в учебе 9 - материально-бытовые трудности 10 - психическое заболевание 11 - соматическое заболевание 12- другие мотивы (указать)
Состав преступления по ст.ст. 110, 110.1 УК РФ (при наличии)	0 - нет 1 - да
Наличие предшествовавших данному суициду попыток	0 - нет 1 - да (указать число) _____
Дата предшествующего суицида (указать)	
Способ предшествующего суицида:	1- аналогичный данному 2- отличный от данного (указать) _____

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ (ОО)

В образовательной организации знали о суицидальных тенденциях	0 - нет 1 - да
Кто знал	0 - никто 1 - ученики 2 - педагог-психолог 3 - администрация 4 - учителя 5 - все

Какие меры были предприняты	0 - не были предприняты 1 - беседы с психологом 2 - дополнительное тестирование 3 - информирование родителей/законных представителей
Наличие конфликта в ОО	0 - нет 1 - да
Между учениками	0 - нет 1 - да
Учениками и учителями	0 - нет 1 - да

**Суицидальное поведение несовершеннолетних
(факторы риска, предикторы развития,
диагностика)**

Методические рекомендации

Заведующая редакцией

Н.Б. Гончарова

Редактор

Н.Б. Гончарова

Компьютерная верстка

М.М.Абрамовой

Подписано в печать 4.10.2024 г.
Формат 60х84/16. Гарнитура Century Schoolbook.
Бумага офсетная. Цифровая печать. Усл. печ. л. 2,4.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
“Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского” Министерства здравоохранения
Российской Федерации
119034 ГСП-1, Москва, Кропоткинский пер., 23.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

**Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей»**

ПРОФИЛАКТИКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ



**СЦЕНАРИЙ
РОДИТЕЛЬСКОГО СОБРАНИЯ**

Москва, 2021

Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей»

**ПРОФИЛАКТИКА
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
СРЕДИ ПОДРОСТКОВ**

**СЦЕНАРИЙ
РОДИТЕЛЬСКОГО СОБРАНИЯ**

Москва, 2021

Сценарий родительского собрания разработан в рамках государственного задания ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей» на 2021 год

Профилактика самоповреждающего поведения среди подростков. Сценарий родительского собрания / Автор-составитель: Р.Г. Дубровский. – М.: ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2021. – 17 с.

Сценарий родительского собрания разработан психологами ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей» для методического обеспечения организации работы педагогов, классных руководителей с родительской аудиторией: понятным и доступным языком, но с опорой на научные исследования и актуальные данные.

Информация может быть полезна как педагогам (воспитателям, классным руководителям) для проведения родительского собрания, так и родителям для самостоятельного ознакомления.

© Минпросвещения России, 2021.

© ФГБУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2021.

© Дубровский Р.Г., 2021.

СОДЕРЖАНИЕ

Целевая группа, цель, задачи.....	4
Введение	4
Что называют самоповреждением?	5
Как связаны самоповреждение и самоубийства?	5
Откуда возникает идея причинять себе боль?	6
Почему подростки не оставляют попытки самоповреждения?	7
Самоповреждение – это болезнь?	8
Как общаться с подростком, который находится в состоянии стресса и имеет опыт самоповреждения?	10
Роль родителей в профилактике самоповреждений	11
Диагностика стиля воспитания в семье	12
Помощь родителям и детям при выявлении случаев самоповреждения ребенка	13
Приложение	14

ПРОФИЛАКТИКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Целевая группа: родители (законные представители) подростков в возрасте 12–18 лет.

Цель: повышение компетентности родителей в вопросах сохранения психологического благополучия у подростков и профилактики самоповреждающего поведения.

Задачи:

1. Формирование представления о причинах и психологических механизмах самоповреждающего поведения у подростков.
2. Формирование представления о распространенных «ошибках воспитания», которые приводят к самоповреждающему поведению.
3. Формирование представления о принципах сохранения психологического благополучия у подростков.
4. Информирование родителей об источниках получения профессиональной помощи в случаях «рискованного» поведения у подростка.

ВВЕДЕНИЕ

Самоповреждающее поведение у подростков – тема наряду с проблемой подростковых суицидов, которую не принято обсуждать. Для большинства взрослых идея нанесения себе вреда выглядит странной и пугающей. Как и для большинства подростков. Тем не менее, результаты различных опросов среди подростков и молодежи показывают, что примерно 15% из них имеют опыт самоповреждения. Выходит, что это явление – не такая уж большая редкость.

От психологов, к которым подростки обращаются по самым разным вопросам, мы знаем, что сами подростки обычно тщательно скрывают от окружающих свой опыт причинения себе боли. При этом такие подростки могут со стороны выглядеть совершенно благополучными и жизнерадостными, а поведение их может не вызывать никаких опасений у их родителей, учителей и даже близких друзей. И родители, и все, кто работают с детьми – учителя, психологи, социальные работники – могут столкнуться с таким явлением. У них появляются распространенные вопросы, на которые мы постараемся ответить сегодня. Мы постараемся определить, что такое самоповреждение у подростков, каковы его причины, как его предупреждать и как преодолевать последствия.

ЧТО НАЗЫВАЮТ САМОПОВРЕЖДЕНИЕМ?

Самоповреждение сами подростки часто называют селфхарм (от англ. self-harm). Этот термин можно встретить и в специальной англоязычной литературе.

Под этим явлением понимается преднамеренное повреждение своего тела. К типичным формам самоповреждения обычно относят порезы и расцарапывание кожи при помощи острых предметов, а также ожоги. Однако в специальной литературе можно встретить и менее очевидные действия, которые тоже относят к самоповреждению. Например, намеренные переохлаждения тела, лишение себя сна, употребление токсических веществ, изнурение себя на тренировках, в некоторых случаях – попытки изменения своей внешности и татуирование тела, а также различные виды рискованного поведения: намеренное ввязывание в драки, увлеченность опасными видами спорта, промискуитетные отношения и т.д.

Позывы причинять себе боль появляются не всегда, а в моменты сильных душевных волнений, переживаний из-за неудач, ссор с родителями или друзьями, внезапных приступов тревоги и т.д. В такие моменты бывает, что подростки боятся подходить к сколько-нибудь опасным предметам, например, заходить на кухню, где есть ножи, поскольку знают, что им будет трудно удержаться от самопорезов.

При этом важно отметить, что люди, совершающие такие действия, зачастую вовсе не планируют самоубийство и вообще не хотят нанести себе вред. В общепринятом в мире Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-5) такое поведение обозначается особым термином – NSSI (или Nonsuicidal Self-Injury), что можно перевести как самоповреждение без суицидальных намерений.

В большинстве случаев самоповреждение рассматривают как ответ на сильную эмоциональную, психологическую боль; как нездоровый, болезненный, но все-таки способ снизить остроту душевных переживаний. Соответственно, помощь подросткам, имеющим опыт самоповреждения, состоит в преодолении причин переживаемых проблем и поиске более адекватных способов регулировать своё эмоциональное состояние.

КАК СВЯЗАНЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЕ И САМОУБИЙСТВА?

Несмотря на то, что при самоповреждении человек не имеет прямого намерения причинить себе вред, связь между самоповреждением и самоубийством сложна, поскольку повреждение тела является потенциально опасным для жизни.

Риск самоубийства среди людей, которые причиняют себе вред, является высоким. Считается, что 40-60% всех самоубийств сопровождаются самоповреждениями. Однако считать, что люди, склонные к самоповреждениям, также являются потенциальными самоубийцами, в большинстве случаев неправильно.

ОТКУДА ВОЗНИКАЕТ ИДЕЯ ПРИЧИНЯТЬ СЕБЕ БОЛЬ?

Подростки, имеющие опыт самоповреждения и попавшие на прием к психологу (не обязательно из-за самоповреждения), говорят, что изначально сама мысль о чем-то подобном казалась им такой же странной и неприятной, как и для любого другого человека. Но нам станет понятнее механизм самоповреждения, если мы вспомним, что некоторые люди в минуты волнения начинают непроизвольно себя пощипывать, постукивать рукой обо что-то твердое, отрывать заусеницы на ногтях и т.д. Другими словами, они переносят фокус своего внимания на физические ощущения.

Подростки в некоторых случаях начинают обращать внимание на разговоры сверстников о таком необычном способе справиться с неприятными душевными переживаниями. Так или иначе, подростки переходят к более выраженным болевым ощущениям и, как ни странно, обнаруживают, что это помогает снизить неприятное нервное напряжение.

Проблема в том, что впоследствии небольшие болевые ощущения или маленькие порезы уже не так действенны, и поэтому приходит мысль сделать их больше или сильнее. Постепенно такой способ снятия нервного напряжения затягивает, и порезы, которые изначально казались чем-то неприемлемым и пугающим, начинают казаться единственным спасением (особенно при отсутствии доступа к профессиональной помощи).

В некоторых случаях, особенно сопряженных с психической патологией, физические порезы начинают сопровождаться мыслями о все более опасных способах самоповреждения или фантазиями о ситуациях, когда подросток оказывается жертвой насилия. Подобные мысли не обязательно содержат суицидальные сценарии, но они повышают вероятность попадания в опасные ситуации. Своими мыслями о способах самоповреждения подростки нередко делятся друг с другом в специальных группах в социальных сетях.

ПОЧЕМУ ПОДРОСТКИ НЕ ОСТАВЛЯЮТ ПОПЫТКИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ?

Часть подростков, попробовав такие действия, все же не повторяют их в дальнейшем, справляясь с нервным напряжением какими-то другими способами. Или, возможно, решается проблема, которая выступала источником стресса (например, сдача экзаменов). Но для какой-то части подростков самоповреждение остаётся действенным способом на время помочь себе справиться с переживаниями.

Чтобы понять физиологический механизм действия самоповреждения, давайте вспомним, что люди часто используют не очень здоровые способы преодоления негативных переживаний. Например, алкоголь нередко используется как способ преодоления стресса в моменты жизненных трудностей. Так и некоторые подростки обнаруживают, что острая физическая боль может отвлекать от боли душевной. Доставляя себе физическую боль, человек получает два результата. Во-первых, он чувствует, что сам контролирует момент и причину наступления боли. Это снижает чувство неопределенности, которое лежит в основе чувства любого психологического дискомфорта. Во-вторых, человек ожидает снижения физической боли через некоторое время, а вместе с ней – и снижение эмоциональной боли. Дело в том, что при физической и эмоциональной боли активируются примерно одни и те же отделы мозга (передняя поясная кора и передняя островковая доля). Физическая боль провоцирует выброс в мозг обезболивающих гормонов, в первую очередь эндорфинов. Таким образом, когда физическая боль проходит, она отчасти проходит вместе с эмоциональной: могут временно ослабнуть депрессивное состояние, чувство вины, ощущение тревоги, стресс, мучительные воспоминания.

Однако после затухания физической боли и прекращения действия эндорфинов эмоциональные страдания возвращаются, что влечёт за собой необходимость повторять самоповреждение вновь и вновь, постепенно увеличивая тяжесть повреждений. Со временем самоповреждение часто превращается в привычку (что в каком-то смысле «роднит» его с зависимым поведением, где объектом аддикции выступают собственные (эндогенные) эндорфины).

Если подростки часто узнают о способах самоповреждения из социальных сетей, не будет ли правильным запрещать группы, где обсуждается подобная тематика?

Запреты имеют смысл в некоторых случаях. Но нужно иметь в виду, что отслеживать и закрывать такие группы технически сложно, а подростки в любом случае найдут способы обсуждать то, что им хочется, если не в одной сети, так в другой, еще более закрытой. Кроме того, главная проблема самоповреждения состоит в том, что подростки не доверяют свои проблемы взрослым и не обращаются к специалистам, которые могли бы действительно помочь. Попытки запретов могут подорвать и без того невысокий уровень доверия ко взрослым. Альтернативой запрету может быть стратегия, направленная на повышение уровня доверия подростков к профессиональной помощи, которую оказывают психологи, психиатры и другие специалисты, работающие с детьми.

Не является ли самоповреждение просто способом привлечь к себе внимание?

Самоповреждение в некоторых случаях действительно может быть проявлением так называемого истероидного поведения, которое характеризуется стремлением привлечь к себе внимание любыми способами (неважно, какими именно) для достижения своих целей. Однако большинство подростков, имеющих опыт самоповреждения, напротив, тщательно скрывают ото всех свои переживания и следы повреждений на теле. Для них самоповреждение выступает способом эмоциональной саморегуляции, а не средством влияния на окружающих.

В любом случае, все проявления самоповреждения нужно рассматривать как запрос о помощи, и чем раньше она будет оказана, тем лучше.

САМОПОВРЕЖДЕНИЕ – ЭТО БОЛЕЗНЬ?

В некоторых случаях самоповреждение может выступать симптомом некоторых психических заболеваний, таких как пограничное расстройство личности, аффективные расстройства (например, депрессивный эпизод), шизофрения и различные виды тревожных расстройств. В таких случаях самоповреждение пропадает по мере успешного лечения этих заболеваний в условиях амбулаторной или стационарной психиатрической помощи.

Но в большинстве случаев самоповреждению подвержены психически здоровые люди. Психиатры и психологи сходятся во мнении, что обычно самоповреждение – это результат сложного сочетания биологических, психологических и социальных причин, переживаемого стресса, вызванного определенными жизненными обстоятельствами.

Важно отметить, что уровень стресса определяется, с одной стороны, характером переживаемых жизненных обстоятельств, а с другой стороны – внутренней способностью противостоять неблагоприятным обстоятельствам (резистентностью к ним). Неблагоприятные обстоятельства могут быть связаны с любой стороной жизни подростка: со взаимоотношениями с родителями, с учителями, со сверстниками, с характером романтических отношений, успеваемостью в школе, карьерными и жизненными ожиданиями и т.д.

Способность переносить неблагоприятные обстоятельства зависит от многих внутренних причин: от биологических особенностей организма, индивидуальной эмоциональной устойчивости, жизненного опыта и привычек, особенностей мировоззрения, жизненных ценностей, способности к анализу причин и последствий своего поведения и т.д.

Можно сказать, что самоповреждение – это своеобразная реакция на стресс. Конечно, эту реакцию нельзя назвать здоровой. Но самоповреждение и не относится к патологии, если только оно не принимает неконтролируемый характер и не приводит к серьезным травмам, угрожающим жизни и здоровью подростка.

Если самоповреждение не сопряжено с каким-либо психическим расстройством, то компетентную помощь могут оказать психологи и психотерапевты, которые помогают минимизировать имеющиеся у человека источники стресса и выработать более здоровые реакции на него.

Как помочь подросткам с опытом самоповреждения?

В зависимости от причин и характера стресса, который переживает подросток, может требоваться психологическая, психиатрическая или социальная помощь.

Психологическая помощь должна включать в себя:

- понимание причин переживаемого стресса,
- поиск рациональных способов преодоления причин стресса,
- преодоление сложившихся эмоциональных барьеров, мешающих рациональному решению имеющихся жизненных проблем, например, убежденности в своей никчемности, страхов перед обсуждением своих проблем и т.д.

В некоторых случаях требуется социальная помощь в преодолении трудной жизненной ситуации, в которой оказался ребенок. Если самоповреждение является симптомом психического расстройства, требуется помощь психиатра, который назначает медикаментозную поддержку, применяемую вместе с психотерапией.

КАК ОБЩАТЬСЯ С ПОДРОСТКОМ, КОТОРЫЙ НАХОДИТСЯ В СОСТОЯНИИ СТРЕССА И ИМЕЕТ ОПЫТ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ?

Важно помнить, что такого подростка ни в коем случае нельзя оставлять в одиночестве. Если нет возможности немедленно привлечь специалиста – психиатра или психолога – то с подростком необходимо поддерживать общение, придерживаясь следующих принципов:

- Говорить с подростком в поддерживающей манере, дать ему понять, что хотите ему помочь, находитесь на его стороне.
- Дать понять, что к переживаниям подростка относятся серьезно, готовы внимательно его выслушать без оценок и обвинений.
- Понять эмоции подростка и убедиться, что поняли их правильно. Уместно использование поддерживающих фраз (например, «я понимаю, что тебе было тяжело») и уточняющих фраз (например, «правильно ли я понимаю...»).
- По возможности, проговорить пути решения проблем и преодоления причин переживаний ребенка. Если это не получается сделать сразу, выразить готовность поддержать, убедить, что все проблемы имеют какое-то разумное решение, и что вы вместе найдете это решение.
- Убедить обратиться за психологической помощью. Только специалист может оценить степень серьезности проблем подростка, объем и характер необходимой помощи.

Самоповреждение противоречит базовому инстинкту самосохранения. Как получилось, что оно оказалось довольно распространенным явлением?

На этот вопрос нет однозначного ответа. У многих подростков есть сложности в жизни, но далеко не все из них пытаются решать эти сложности с помощью самоповреждения. Однако психологи отмечают одну закономерность, которая наблюдается практически у всех подростков, имеющих такой опыт. Родители таких подростков совершали характерные «ошибки» воспитания, которые

можно отнести к тем или иным видам насилия: эмоциональному, вербальному или физическому. При этом, что важно, такие родители часто обращали внимание своего ребенка на его недостатки – фактические или мнимые.

Дело в том, что мозг ребенка, особенно маленького, подсознательно и по врожденным причинам связывает недовольство, выражаемое родителями, с высоким риском своей гибели, и в моменты родительского давления испытывает сильную тревогу. При этом ребенок пытается найти причину этой тревоги, чтобы избавиться от нее, и если родители не предлагают ему какого-то конструктивного выхода из сложившейся ситуации, начинает искать причину в себе, тем более, когда родители сами указывают ребенку на его ошибки и недостатки.

Если такой стиль воспитания в семье устойчив, то у ребенка формируется недоверие или даже ненависть к себе, к каким-то своим чертам, особенностям или телу в целом. Ребенок начинает видеть причины своей душевной боли в самом себе. А поскольку ребенок не видит никакого рационального способа снизить уровень тревоги, единственным доступным способом контролировать свое состояние остается давление на себя: психологическое – через идеи собственной ничтожности и никчемности или физическое – через наказание себя через причинение той или иной боли. Иногда подростки, совершая самоповреждения, вырезают на коже слова, ассоциированные с чувством вины: «тупой», «неудачник», «толстуха» и т. п.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Сегодня воспитание здоровой личности требует от родителей больших усилий, чем их требовалось в прежние времена. Это связано со стремительным усложнением социальных отношений, к которым мы все вынуждены адаптироваться, и с возрастающей ролью личностных качеств, необходимых для этой адаптации.

Когда-то процесс воспитания подразумевал только односторонний процесс передачи опыта от взрослых к детям, когда от детей требовалось только соответствие определенным нормам поведения и освоение узкого круга учебных и профессиональных навыков. Воспитание здоровой адаптивной личности в сегодняшнем мире подразумевает то, что ребенок тоже является активной стороной воспитательного процесса. Сегодня стратегия воспитания сфокусирована на стимулировании у ребенка собственной активности и осознанности: понимании себя, умении выражать свои мысли и желания, любопытстве к самостоятельному

изучению окружающего мира, формировании опыта принятия самостоятельных решений, совершения ошибок и поиска путей преодоления их последствий.

Поэтому сегодня от родителей требуются значительные эмоциональные усилия, терпение, признание ценности внутреннего мира ребенка, умение преодолевать противоречия без конфликтов, а также постоянное обновление своих представлений об окружающем мире. На такие усилия готовы не все, и многие родители в качестве основной воспитательной меры нередко используют принуждение.

Существует множество форм принуждения в спектре от легкого эмоционального до физического насилия. Но всех их объединяет манипулирование поведением ребенка через угрозу разрыва эмоциональной связи, в которой любой ребенок по биологическим причинам испытывает острую потребность, особенно в младшем возрасте. К распространённым ошибкам воспитания относятся:

- долгие разлуки с ребенком без объяснения ему, что его любят, а разлука связана с определенными обстоятельствами;
- эмоциональная холодность родителей;
- игнорирование и обесценивание эмоций и желаний ребенка;
- оценивание ребенка, сравнение его с другими;
- связывание любви к ребенку с его поведением, успехами или особенностями;
- неконструктивная критика, нацеленная на унижение;
- слова о никчемности ребенка;
- слежка, гиперконтроль;
- оскорбления, унижения;
- физическое насилие.

Указанные действия родителей резко повышают уровень стресса у ребенка, вызывают чувства страха, вины, стыда и даже ненависти к себе, что в итоге может привести к формированию тех или иных форм самоповреждающего поведения.

ДИАГНОСТИКА СТИЛЯ ВОСПИТАНИЯ В СЕМЬЕ

Проверьте, насколько вам удастся формировать у своих детей здоровое поведение. Ответьте на вопросы теста (Приложение 1).

(Тестирование можно провести в форме самостоятельного заполнения бланка опросника в ходе родительского собрания, а по итогам обсудить его результаты).

ПОМОЩЬ РОДИТЕЛЯМ И ДЕТЯМ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЕВ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Отрицательные ответы в тесте описывают стратегию воспитания подростка с помощью принуждения, которое, как мы говорили выше, повышает риск его самоповреждения.

Если в тесте вы много раз ответили отрицательно, или вас что-то беспокоит в поведении ребенка, вы можете обратиться за помощью к специалистам-психологам, которые помогут создать необходимые условия для воспитания адаптивного поведения у ребенка.

Система психологической, психиатрической и социальной помощи, доступной и актуальной для конкретного региона, населенного пункта и образовательной организации:

- Детский телефон доверия (для детей, подростков и их родителей) **8-800-2000-122**.
- Телефон психологической поддержки в Центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (бесплатно, круглосуточно) **8 (495) 637-70-70**.
- Телефон доверия экстренной медико-психологической помощи (бесплатно, круглосуточно) **8 (499) 791-20-50**.
- [ПомощьРядом.рф](https://pomoschryadom.ru) (<https://pomoschryadom.ru>) – бесплатные анонимные психологические консультации для подростков.
- Твоя территория.онлайн (<https://твоятерритория.онлайн>) – бесплатные анонимные психологические консультации для подростков и молодёжи (до 23 лет).
- Региональные телефоны доверия, интернет-сайты и другие ресурсы (*проводящему родительское собрание педагогу необходимо подготовить к занятию соответствующие контакты*).
- Организация психологической, социальной психиатрической помощи на территории (*необходимо подготовить к занятию соответствующие контакты*).
- Организация психологической помощи в образовательной организации (*необходимо подготовить к занятию соответствующие контакты*).

Бланк теста на определение стиля воспитания в семье

Вопрос	Да/Нет	Пояснение
В нашей семье все стараются поддерживать уют в доме		Поддержание уюта в доме – самый простой способ сохранить хорошие отношения в семье. Забота о себе и окружающем пространстве – это хороший способ выразить заботу о ближнем и почувствовать себя вместе, что помогает преодолевать возникающие разногласия без конфликтов
Мы часто спрашиваем друг друга о впечатлениях, мыслях и чувствах по разным поводам		Человек – социальное существо. Эмоциональная закрытость у людей, живущих под одной крышей – сильный источник стресса, особенно для ребенка. Мы чувствуем себя в безопасности, только когда знаем, что окружающие нас люди хорошо к нам относятся и эмоционально открыты
Я всегда стараюсь предоставить ребенку выбор, когда это возможно, чтобы он сделал так, как хочет		Успешность человека в жизни начинается со свободного выражения своих желаний в детстве и с попыток их реализации
Я стараюсь понять интересы и желания ребенка, даже когда они кажутся мне неправильными		Основа здорового поведения – внимание к своим чувствам. А также понимание, что чувства другого человека – это его мир, такой же важный для него, как наш мир для нас
Вместо запретов я стараюсь использовать объяснения, почему стоит сделать так, а не иначе		Для формирования здорового поведения ребенка важно обращаться к его разуму с помощью объяснений. Тогда в будущем ребенок сам сможет найти обоснования для правильного выбора в сложных ситуациях
Я считаю, что у ребенка должна быть возможность ошибаться и делать что-то по-своему		К моменту наступления совершеннолетия у ребенка должен быть накоплен собственный опыт совершенных ошибок и их исправления. Иначе ребенок не будет готов к самостоятельной жизни. Задача родителей – давать ребенку самостоятельно решать жизненные задачи, соответствующие уровню осознанности ребенка

Я не наказываю ребенка за ошибки или плохие оценки, но стараюсь объяснить риски и последствия совершенных ошибок		Чтобы помочь ребенку накапливать опыт принятия собственных решений, в том числе и неудачных, необходимы два условия: нельзя бояться совершить ошибку и важно искать разумные пути исправления ошибок
Я стараюсь поддерживать в ребенке любознательность и инициативность		Любознательность и инициативность – главные ресурсы творческой активности в течение всей жизни. Важно видеть и поощрять любые проявления творчества у ребенка – от самых простых каракулей на бумаге до принятия важных жизненных решений
Когда у нас с ребенком возникают разногласия и противоречия, мы всегда можем сесть, обсудить их и вместе найти оптимальное решение. В таких ситуациях я всегда напоминаю себе, что «мы вместе»		Каждый человек – индивидуальность, и это нормально, что у каждого человека есть особое мнение по тому или иному поводу. При возникновении разногласий важно помнить, что самое лучшее их решение возможно только при совместном обсуждении: сопоставлении аргументов и уважении к чувствам друг друга. Эмоциональное противопоставление друг другу порождает конфликт, который не решает проблему, а приводит к взаимной агрессии
Если мне что-то не нравится или беспокоит в поведении ребенка, я стараюсь сразу обсудить это с ним. И учу его тому же		Все люди имеют право на любые эмоции и чувства. Мы можем злиться или печалиться, но открытое обсуждение этих чувств страхует нас от эмоционального противопоставления друг другу.
Ребенок всегда может рассказать мне о своих плохих оценках к школе		Наказание за плохие оценки в школе не только разрушает доверительные отношения с ребенком, но и формирует страх перед неудачами. Оценки в школе ставят для того, чтобы ребенок знал о пробелах в своих знаниях. Чтобы ребенок получал хорошие оценки, вместо наказания стоит понять причины неудач и помочь их преодолеть

Мне всегда приятно хвалить ребенка		Хорошая самооценка – основа достижений ребенка. И главная задача родителей состоит в том, чтобы ее поддерживать. Распространенная практика ругать ребенка за неудачи всегда приводит к противоположному результату – ребенок теряет мотивацию к познанию и достижениям
Ребенок всегда может рассказать мне о своих переживаниях по любому поводу. Мне важно помогать ему разобраться в них		Родители – первые люди, которые встречаются ребенку в жизни. Они учат его доверию и закладывают основу взаимодействия с другими людьми. Именно от родителей ребенок ожидает поддержки, особенно в моменты неудач. Давая ребенку ощущение «мы вместе», родители формируют ему здоровую самооценку и уверенность при общении с другими людьми

Вопросы для обсуждения результатов теста

Перечисленные вопросы отражают ключевые аспекты воспитания здорового поведения ребенка. Обратите внимание на вопросы, на которые вы ответили отрицательно.

- Подумайте, что их объединяет? Подумайте о причинах, почему вам пришлось ответить отрицательно.
- Что можно сделать, чтобы добиться положительных ответов на эти вопросы?
- Какая внешняя помощь вам может понадобиться для этого?

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПЕДАГОГОВ-ПСИХОЛОГОВ И СОЦИАЛЬНЫХ
ПЕДАГОГОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ



Москва, 2018

Министерство просвещения Российской Федерации

Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Центр защиты прав и интересов детей»

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ, СКЛОННЫМИ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

**Методические рекомендации
для педагогов-психологов и социальных педагогов
образовательных организаций**

Москва, 2018

УДК 37.01
ББК 74.00я44
С 23

Калинина Н.В., Игумнов С.А., Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Коренский Н.В.

С 23 Организация профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению. Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. — 48 с.

Методические рекомендации по организации профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций, подготовлены в соответствии с пунктом 3 раздела 1 протокола заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 22 декабря 2017 г. № 17.

Большое внимание в методических рекомендациях уделено рассмотрению вопросов по профилактической работе с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению.

Методические рекомендации рецензированы специалистами ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского».

УДК 37.01
ББК 74.00я44
С 23

© Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей, 2018
© ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. Определение и классификация суицидального поведения	7
Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других	8
Аффективное суицидальное поведение	9
Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти	9
2. «Психологический портрет» современных детей и подростков	11
Особенности подросткового возраста	12
Характерные особенности подростков	12
Реакция на жизненные проблемы	13
Факторы угроз психологической безопасности	15
Предрассудки и факты о суициде	16
3. Суицидальные риски — риски для жизни и здоровья детей и подростков	21
Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте	22
Мотивы суицидального поведения	23
Синдром Вертера	23
Факторы риска проявления суицидального поведения	24
Внешние признаки возможности суицидального риска	25
Знаки (проявления) суицидального риска	25
Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения	28

Как вести себя с суицидальными учащимися в школе	30
Роль педагога (классного руководителя) в профилактике суицидального поведения подростков	32
4. Полезные ссылки и ресурсы	35
Рекомендуемая литература	37
Приложения	41

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в Российской Федерации является одной из главных задач различных служб и ведомств. На фоне демографических проблем в мире, вопрос сохранения психического здоровья и жизни подрастающего поколения приобретает особую значимость и социальную направленность.

Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Профилактика суицидального поведения у детей и подростков является системой общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном и правовом, общественном и экономическом, медицинском, педагогическом, социально-психологическом и др.

К условиям успешности профилактической работы можно отнести следующее: комплексность, последовательность, дифференцированность, и своевременность. Своевременность приобретает особое значение при работе с подростками. Известный факт: подростковые суициды, в большинстве случаев, совершаются на высоте аффекта. От внимательного отношения и грамотного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит, реализует или остановит свой суицидальный план подросток.

С целью повышения компетентности педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по вопросам профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних разработаны «Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонных к суицидальному поведению».

Раздел 1

Определение и классификация суицидального поведения



ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- **Самоубийство (суицид)** – намеренное, осознанное лишение себя жизни.
- **Суицидальная попытка** (синонимы: парасуицид, незавершенный суицид, умышленное самоповреждение и др.) – это любое умышленное действие по причинению себе вреда, которое по той или иной причине не привело к смертельному исходу.
- **Суицидальное поведение** – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

Суицидальное поведение у детей и подростков может нести в себе как черты «манипулятивности», так и выраженные интенции к смерти. Как правило, суицидальный акт или намерения одновременно обусловлены противоречивыми мотивациями: с одной стороны - «воздействие на значимых других», попытка изменить ситуацию или «наказать» обидчика, с другой стороны – избежать психологической боли, обиды, стыда и пр. с помощью самоповреждения или смерти.

Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других.

Суицидальные акты и намерения могут носить яркий, театрализованный характер. Действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или наказать обидчика, вызвав у него чувство вины или обратив на него возмущение окружающих, и доставив ему серьезные неприятности. Суицидальный акт часто совершается в том месте, которое связано с эмоционально значимым лицом, которому он адресован: дома – родным, в школе – педагогам, либо сверстникам и т.д. Такого рода действия, направленные «во вне», как правило, свидетельствуют о нарушенных отношениях между ребёнком (подростком) и его ближайшим окружением (родители, сверстники и пр.). В данной ситуации можно предположить, что,

либо ребёнок (подросток) не может проявить свои потребности иным (адаптивным) способом, либо его ближайшее социальное окружение игнорирует «более слабые» сигналы. Следует помнить, что даже «демонстративное» поведение может заканчиваться смертью. В качестве примера можно привести религиозные суициды – частым мотивом действий является протест, но следствием – смерть. Даже в случае полного отсутствия мотивов смерти, суицидальные акты могут носить тяжёлые последствия вследствие недоучёта ребёнком (подростком) обстоятельств, незнания летальности определённых средств (медикаменты, химикаты). Любая форма аутоагрессии требует терапевтического подхода. Ярлыки «демонстративный», «манипулятивный» приносят морализаторский и осуждающий оттенок, что препятствует налаживанию отношений с ребёнком (подростком).

Аффективное суицидальное поведение

Суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь может появиться мысль, чтобы расстаться с жизнью. Аффективное суицидальное поведение с трудом прогнозируется и с трудом поддается профилактике.

Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти

Обдуманное, тщательно спланированное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения. Записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от чувства вины знакомых и близких.

Раздел 2

«Психологический портрет» современных детей и подростков



«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ»

СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Особенности подросткового возраста

Знание и учет психологических особенностей современных подростков, их потребностей и интересов позволяет психологу и социальному педагогу определить свою индивидуальную личностно-профессиональную позицию и успешно реализовать ее в повседневной работе с ними.

В подростковом возрасте среди основных новообразований личности особо значимы: *становление нравственного сознания, самосознания, самоотношения*. Это время интенсивного *формирования мировоззрения, системы оценочных суждений, нравственной сферы личности растущего человека*. В преобладающей степени эти процессы обусловлены как внутрисемейной, так и социальной ситуацией развития (причем не только ближайшего социального окружения подростка, но и глобальной социокультурной ситуацией развития общества в целом), а также геополитической ситуацией в стране.

Так какие они — современные подростки? Современных подростков часто называют буквами латинского алфавита — «Y и Z»; «Миллениалами», «поколением быстрых кнопок», «цифровым поколением». Что их характеризует, что влияет на их личностное становление и, в то же время, может стать рисками для их психологической безопасности?

Характерные особенности подростков:

- *половое созревание и неравномерное физиологическое развитие*, обуславливающие *эмоциональную неустойчивость* и резкие колебания настроения (от экзальтации до депрессии);
- *изменение социальной ситуации развития*: переход от зависимого детства к потенциально самостоятельной и ответственной взрослости;
- *смена ведущей деятельности*: учебную деятельность вытесняет интимно-личностное общение со сверстниками;
- *открытие и утверждение своего «Я»*, поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений;

- познание себя через *противопоставление миру взрослых* и через чувство *принадлежности к миру сверстников*. Это помогает подростку найти собственные ценности и нормы, сформировать свое представление об окружающем его мире;

- появление *«чувства взрослости»*, желание подростка признания своей «взрослости»; стремление разорвать эмоциональную зависимость от родителей.

Внутренние противоречия подростков:

- между расцветом интеллектуальных и физических сил и жестким лимитом времени, финансово-экономических возможностей для удовлетворения возросших потребностей;

- между установкой на личное благополучие и неосознанностью ценности собственной жизни, что приводит к неоправданному риску;

- между достаточно четко осознанными желаниями и стремлениями и недостаточно развитой волей и силой характера, необходимыми для их достижения;

- между осознанием собственных идеалов и жизненных планов и их социальной абстрактностью;

- между желанием быстрее освободиться от родительской опеки и трудностями социальной и психологической адаптации к условиям самостоятельной жизни;

- между развитым эгоцентризмом среди родных и близких с одной стороны, и повышенным конформизмом в группе сверстников, с другой;

- между стремлением самим сделать свой выбор и отсутствием желания нести ответственность за его последствия.

Реакция на жизненные проблемы

Наиболее бурные *аффективные реакции* возникают при попытке кого-либо из окружающих ущемить самолюбие подростка. При этом, как правило, *пик эмоциональной неустойчивости* приходится у мальчиков на возраст 11-13 лет, у девочек — на 13-15 лет.

Что может стать неблагоприятными жизненными обстоятельствами?

- переживание обиды, одиночества, собственной ненужности, отчужденности и непонимания;

- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство влюбленности, ревность;
- переживания, связанные со сложной обстановкой в семье, со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в т.ч. связанного с насилием в семье, т.к. зачастую подросток считает себя виноватым в происходящем и боится рассказать об этом);
- боязнь позора, насмешек или унижения;
- страх наказания (например, в ситуациях ранней беременности, серьезного проступка или правонарушения), страх последствий неуспешного выполнения какой-либо деятельности (например, неуспешной сдачи экзаменов);
- любовные неудачи, трудности в сексуальных отношениях, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации, повлиять на другого человека;
- сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов, следование «моде»;
- нереализованные потребности в самоутверждении, в принадлежности к значимой группе.

Поведенческие реакции могут быть непредсказуемы и противоположны:

- целеустремленность и настойчивость сочетаются с импульсивностью;
- неумная жажда деятельности может смениться апатией, отсутствием стремлений и желаний что-либо делать;
- повышенная самоуверенность, безапелляционность в суждениях быстро сменяются ранимостью и неуверенностью в себе;
- развязность в поведении порой сочетается с застенчивостью;
- романтические настроения нередко граничат с цинизмом, расчетливостью;
- нежность, ласковость бывают на фоне недетской жестокости;
- потребность в общении сменяется желанием уединиться.

Факторы угроз психической безопасности

Когда поведение подростков по тем или иным причинам выходит за границы дозволенного и общепринятого, то мы сталкиваемся с девиантным, отклоняющимся поведением. Это, в свою очередь, повышает вероятность возникновения угроз психологической безопасности.

Индивидуально-психологические и возрастные особенности, социальная и семейная ситуации развития детей и подростков могут выступать **факторами угроз их психической устойчивости:**

- ***Несформированность системы ценностных ориентаций:*** отсутствия сформированных духовных ценностей и стремления к позитивному развитию собственной личности часто приводит к заполнению этой ниши иными, непродуктивными для развития личности занятиями (зависимости, аутодеструктивное, асоциальное поведение т.д.);

- ***Отсутствие либо обесценивание идеальных устремлений:*** для современных школьников постепенно исчезает понятие идеала — либо его осмысление в целом имеет размытые очертания.

- ***Кризис самооценки:*** неустойчивость интересов, зависимость от мнений и точек зрения окружающих людей, высокая степень восприимчивости к негативному социальному опыту взаимодействия с окружающими;

- ***Отстраненность и противопоставление себя взрослым:*** избегание родительского контроля, высокий уровень конфликтности между членами семьи;

- ***Потребность и сложность в общении:*** высокая потребность в общении проблем в общении, обусловленных отсутствием коммуникативных навыков.

- ***Интернет-зависимость:*** сегодня Интернет является основным поставщиком информации, досугом и способом организации взаимодействия детей и подростков. Именно потому в эпитетах, именующих нынешнее молодое поколение, столь часто звучат отсылы к интернет-пространству, цифровым категориям. Это их привычное жизненное пространство. Но это также и пространство рисков.

- ***Ориентация на развлечения:*** в ценностных ориентациях современных подростков зачастую преобладают материальные ценности, удовольствия и развлечения, наблюдается духовно-нравственный нигилизм;

среди развлечений значительное место отводится компьютерным играм и Интернету.

Предрассудки и факты о суициде

Сознание многих людей заполнено предрассудками о самоубийстве, которые мешают позитивным действиям при выявлении суицидального поведения и не позволяют принимать необходимые меры в отношении суицидального человека. Ниже приводятся наиболее распространенные заблуждения о самоубийстве, неверные выводы, которые вытекают из них (рационализации) и правильные, истинные факты, проверенные многолетними наблюдениями и подтвержденные специальными исследованиями.

Предрассудок 1: Большинство самоубийств совершается без предупреждения, поэтому невозможно ничего предпринять для его предотвращения.

Факт: Большинство людей подают предупреждающие сигналы о своих реакциях или чувствах из-за событий, подталкивающих к самоубийству. Эти сигналы (или призывы о помощи) могут подаваться человеком в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений. Они сообщают о возможности выбора самоубийства как средства избавления от боли, снижения напряжения, сохранения контроля или преодоления утраты. Дети могут оставлять открыто таблетки на столе, тексты стихов о смерти, записки с высказыванием обид и угроз. Взрослые, игнорирующие слова и чувства своих детей, рискуют поплатиться их жизнями.

Предрассудок 2: Говоря о самоубийстве с подростком, можно подать ему идею о совершении этого действия. Поэтому, безопаснее полностью избегать этой темы.

Факт: Беседа о самоубийстве не порождает и не увеличивает риска его совершения. Напротив, она снижает его. Лучший способ выявления суицидальных намерений - прямой вопрос о них. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства, вызванного наличием у человека мыслей о самоубийстве, является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предотвращении

непосредственной опасности самоубийства. Избегание в беседе этой темы может стать дополнительной причиной для сведения счетов с жизнью. Риск увеличивается, поскольку, попытавшись обсудить эту тему с одним собеседником и получив отказ, человек почувствует себя еще более одиноким, и проявит в последующем еще меньше энергии в поисках другого человека, способного ему помочь.

Предрассудок 3: Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.

Факт: Люди, сводящие счеты с жизнью, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком. Отказ от серьезного отношения и участия в этих разговорах способствует наступлению смерти от самоубийства. Особую значимость это имеет для детей и подростков. К любой угрозе ребенка уйти из жизни нужно относиться серьезно, даже если эта угроза носит манипулятивный характер. Грань между демонстративно-шантажным и истинным суицидом в подростковом возрасте несущественна.

Предрассудок 4: Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания. Подобное поведение достойно игнорирования или наказания.

Факт: Суицидальные формы поведения или "демонстративные" действия некоторых людей представляют собой призыв или просьбу о помощи, посылаемую другим людям. Если никто не откликнется, то очень легко происходит переход от отчаянного крика о помощи к выводу, что никто уже никогда не поможет – и, соответственно, от отсутствия серьезных намерений умереть, к отчетливому стремлению покончить собой. Наказание за суицидальное поведение и его оценка как "недостойного" способа призыва о помощи может привести к чрезвычайно опасным последствиям. Наказание нередко производит действие, противоположное желаемому. Оказание помощи в разрешении проблем, установление контакта является эффективным методом предотвращения суицидальных форм поведения.

Предрассудок 5: Самоубийца определенно желает умереть, и будет неоднократно предпринимать попытки, пока не совершит самоубийство. Оказывать помощь таким людям бесполезно.

Факт: Намерения большинства суицидальных людей остаются двойственными вплоть до момента наступления смерти. Очень немногие сохраняют уверенность в своих желаниях или однозначном решении покончить с жизнью. Большинство людей являются открытыми для помощи других, даже если она навязывается им помимо воли. Преобладающее большинство лиц, обнаруживавших суицидальные тенденции в то или иное время своей жизни, находят способ продолжения жизни. Дети, к тому же, не в полной мере осознают конечность смерти, относятся к ней как к чему-то временному. Они думают, что, умирая (уснув ненадолго), накажут родителей или своих обидчиков, а затем воскреснут (проснуться).

Предрассудок 6: Те, кто кончают с собой – психически больны и им ничем нельзя помочь.

Факт: Действительно, наличие психического заболевания является фактором высокого риска самоубийства. Однако многие, очень многие совершающие самоубийство люди не страдают никаким психическим заболеванием. Для них это всего лишь временная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

Предрассудок 7: Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит. Сама совершенная попытка предотвращает возможность дальнейших суицидальных действий.

Факт: Хотя большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, обычно не переходят к самоубийству, однако многие из них повторяют эти попытки. Частота самоубийств у лиц, ранее совершавших суицидальные попытки, в 10 раз выше, чем среди населения.

Предрассудок 8: Злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийствам и даже наоборот: алкоголь и наркотики помогают забыть о проблемах.

Факт: Зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения. Пьянство и наркотики, особенно, в

состоянии отмены, могут существенно способствовать сведению счетов с жизнью.

Предрассудок 9: Самоубийство представляет собой чрезвычайно сложное явление, помочь самоубийцам могут только профессионалы.

Факт: Причин суицидального поведения так же много, как и людей, проявляющих его. Действительно, поиск общих закономерностей, применимых ко всем людям, показывает, что суицид - чрезвычайно сложное явление. Вместе с тем, понимание и реагирование на суицидальное поведение у конкретного человека не требует глубоких познаний в области психологии или медицины. Требуется лишь проявление внимания к тому, что человек говорит, ПРИНЯТИЕ ЭТОГО ВСЕРЬЕЗ, оказание поддержки и обращение за соответствующей помощью. Многие люди погибают в результате самоубийства лишь потому, что им не была предложена или оказалась недоступной неотложная первая помощь и поддержка.

Предрассудок 10: если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.

Факт: Большинство суицидальных кризисов являются преходящими и устраняются при соответствующей помощи. Однако если эмоциональный стресс продолжается, облегчение не наступает, а помощь не оказывается, то сохраняется риск суицидального поведения. После получения профессиональной помощи человек чаще всего способен возобновить свою обычную жизнь деятельность.

Предрассудок 11: Самоубийство - явление наследуемое, значит, оно фатально, и ничем нельзя помочь.

Факт: Это сложный вопрос. Действительно, в последнее время ученые интенсивно ищут гены, которые могут иметь отношение к формированию суицидального поведения. Однако наличие некоторой генетической основы не означает, что человеку нельзя оказать реальную помощь, ведь речь идет о поведении человека, которое важно заметить, а после этого – обратить на него внимание врачей или психологов.

Раздел 3

Суицидальные риски - риски для жизни детей и подростков



СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ — РИСКИ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте:

- Детская повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность обуславливают импульсивность в принятии решения, в том числе и суицидального характера.

- Гнев, протест, злоба или желание наказать себя и других также могут лежать в основе развития суицидального поведения.

- Для подростков характерны повышенная склонность к самоанализу, пессимистическая оценка окружающего и своей личности, что также может спровоцировать суицидальный поступок.

- Эмоциональная нестабильность, присуща почти четверти здоровых подростков, и неумение ослабить эмоциональное напряжение также приводят к суицидальным действиям.

- Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. Это происходит из-за неадекватного понимания «смерти», которая в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Для *подростков* смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности.

- В развитии суицидального поведения подростков немаловажную роль играет подражание (копирование образцов поведения) и повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки.

- Для подростков характерно наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами

школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

Мотивы суицидального поведения

- обида, чувство одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
- переживания по поводу смерти, развода или ухода родителей из семьи;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- страх позора, насмешек или унижения;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
- страх наказания, нежелание извиниться;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов, публикаций в СМИ («синдром Вертера»).

Синдром Вертера

Дело в так называемом синдроме или эффекте Вертера, когда одно самоубийство провоцирует следующее. Термин «синдром Вертера» ввел в 1970-х годах социолог Дэвид Филипс, опираясь на известное произведение немецкого классика Иоганна Вольфганга Гёте «Страдания юного Вертера». Кто не помнит: измученный безответной любовью главный герой кончает жизнь самоубийством.

Роман пользовался большой популярностью после выхода и вызвал неожиданный эффект: волну суицидов среди молодых людей. «Эффект Вертера» описывает феномен, когда число суицидов резко растет, если масс-медиа уделяют большое внимание какому-то самоубийству и с жадной сенсацией освещают его", - объясняет Бенедикт Тилль (Benedikt Till), психолог из Медицинского университета Вены.

Эффект бывает особенно сильным, если суицид описывается детально, или если предметом для публичного обсуждения становятся мотивы самоубийцы, которые нередко изображаются в упрощенном виде - неудачный брак, долги и т.п. По мнению Б.Тилля, специализирующегося на

изучении этого феномена: «Все это имеет довольно значительный потенциал для идентификации с самоубийцей».

Естественно, человек, не переживающий глубокий кризис, даже после прочтения сенсационного материала о суициде едва ли станет примерять на себя подобный сценарий. Другое дело - кто-то, кому приходят мысли о том, чтобы уйти из жизни, и кто проживает «процесс суицидального развития», как говорит Б. Тилль. Для таких людей сообщения СМИ могут стать последней каплей.

В Австрии и Германии приняты определенные меры, касающиеся освещения суицида в средствах массовой информации: в своде правил для журналистов есть посвященная этому глава, которую помогали разработать специалисты.

Факторы риска проявления суицидального поведения

Психологический смысл подросткового суицида — это чаще всего «крик о помощи», или «протест, месть», стремление привлечь внимание к своему страданию. Анализ мотивов суицидального поведения подростков подтверждает мысль, что его суицидальный поступок – это обращение к значимому другому. Риск совершения суицида повышается при употреблении наркотиков, алкоголя, игровой или интернет-зависимости. Детский и подростковый суицид существенно отличаются от суицида взрослого человека:

1. Детская повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность обуславливают импульсивность в принятии решения, в том числе и суицидального характера.

2. Гнев, протест, злоба или желание наказать себя и других также могут лежать в основе развития суицидального поведения.

3. Для подростков характерны повышенная склонность к самоанализу, пессимистическая оценка окружающего и своей личности, что также может спровоцировать суицидальный поступок.

4. Эмоциональная нестабильность, присуща почти четверти здоровых подростков, и неумение ослабить эмоциональное напряжение также приводят к суицидальным действиям.

5. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. Это происходит из-за неадекватного

понимания «смерти», которая в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Для *подростков* смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности.

6. В развитии суицидального поведения подростков немаловажную роль играет подражание (копирование образцов поведения) и повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки.

7. Для подростков характерно наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

Внешние признаки возможности суицидального риска:

- Резкое снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам.
- Затяжное подавленное настроение, низкий эмоциональный фон, раздражительность.
- Резкое изменение поведения (стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, приведение дел в порядок, стал дарить дорогие ему вещи, теряет интерес к том, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей).
- Разговоры или намеки о желании умереть или о нежелании продолжать жизнь.
- Рискованное поведение с высоким риском причинения вреда своей жизни и здоровью.

Знаки (проявления) суицидального риска

Поведенческие признаки:

- внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми;
- употребление спиртного и/или наркотических средств;

- избегающее поведение (необъяснимые или часто повторяющиеся исчезновения из дома, прогулы в школе);
- безразличное или негативное отношение к своему внешнему виду;
- безразличное, а иногда бравирующее отношение к ситуациям неудач в повседневной жизни;
- внезапное враждебное поведение, асоциальные поступки, инциденты с правоохранительными органами, участие в беспорядках;
- внезапно могут появиться проблемы концентрации внимания, снижение успеваемости, активности, неспособность к волевым усилиям.

Особенности эмоционального состояния и особенности мышления, свидетельствующие о суицидальной угрозе:

- невыносимая психологическая боль, которую хочется уменьшить любыми средствами;
- разочарование в удовлетворении психологических потребностей (потребности в безопасности, возможности достичь чего-то, овладеть чем-то, необходимости дружбы или принадлежности к чему-то или к какой-то группе);
- поиск решения проблем не дает результата, заводит в тупик, наводит на мысли о смерти;
- присутствует беспомощность, безнадежность, чувство бессилия, невозможность что-то сделать, чувство, что никто из окружающих не может ему помочь в борьбе с его болью;
- конфликт ценностей и полярность мышления. Видит вещи в черно-белом свете, либо все хорошо, либо все плохо;
- противоречивость (амбивалентность) в отношениях и мышлении, например: одновременно любит и ненавидит родителей, сестер и братьев, противоречив в принятии своего решения о жизни и смерти.

Именно эта противоречивость и дает возможность вовремя предотвратить суицидальный поступок. Подросток старается сделать так, чтобы другие увидели его боль, остановили, переубедили и изменили ход его мыслей в суицидальном направлении, оставляя сигналы и ключи.

Словесные ключи:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: «Хочу умереть», «ты меня больше не увидишь», «я не могу больше выносить эту проблему», «скоро все это закончится»;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;

- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- самообвинения;
- сообщение о конкретном плане суицида.

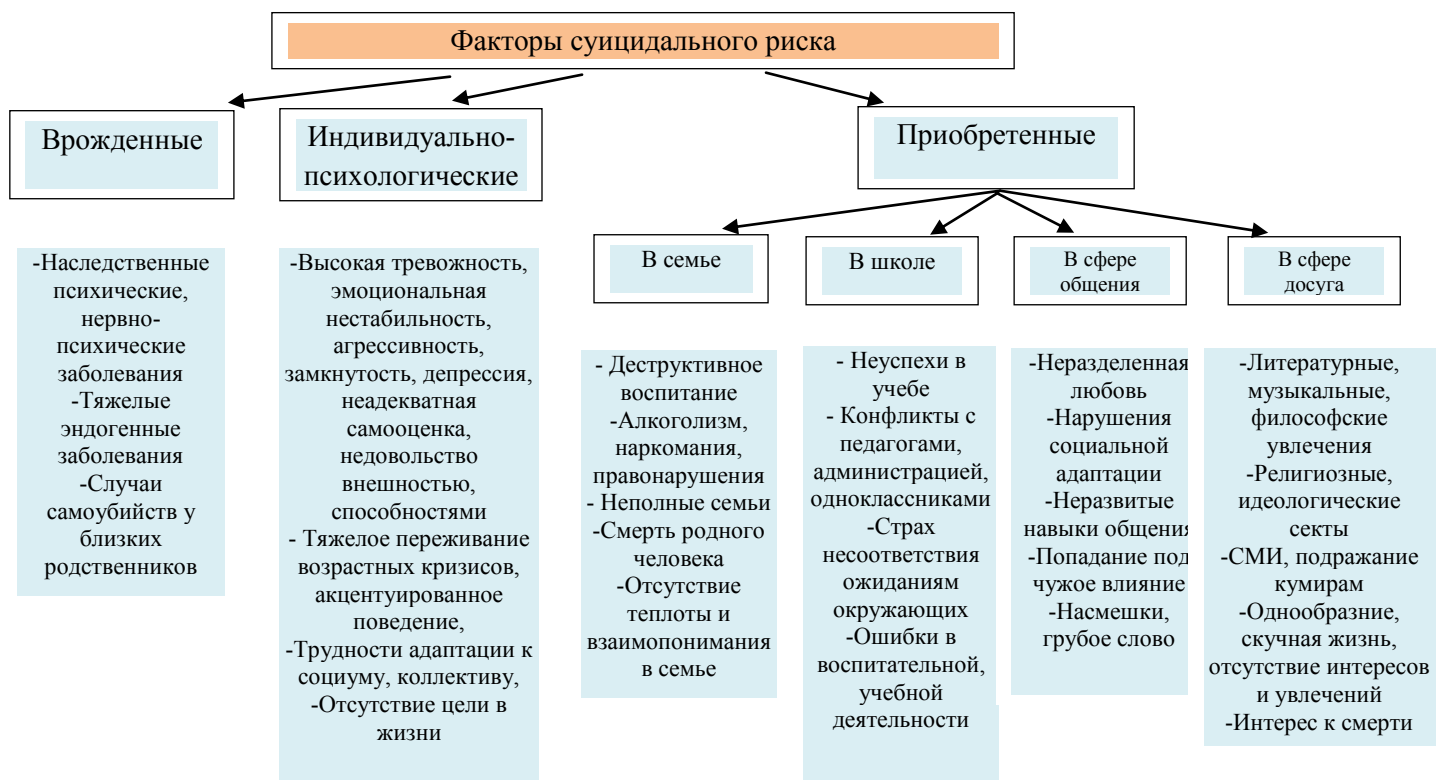
Поведенческие ключи:

- раздача своих ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи с друзьями и родителями, что бы все было в порядке);
- написание «записок-завещаний»;
- несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;
- самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам.

Ситуационные ключи:

- психотравмирующие события, которые недавно произошли в жизни ребенка или подростка (разрыв отношений с любимым человеком, публичное оскорбление, незаслуженное наказание, конфликт с родителями и т.п.).

Рис.1. Факторы суицидального риска



Группы суицидального риска — это подростки:

- находящиеся в сложной семейной ситуации (развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающие серьезные проблемы в учебе;
- не имеющие друзей;
- не имеющие устойчивых интересов, хобби;
- склонные к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесшие тяжелую утрату;
- остро переживающие несчастную любовь (разрыв высокозначимых любовных отношений);
- имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо сами пытавшиеся покончить с собой);
- употребляющие алкоголь, психоактивные вещества;
- имеющие недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершившие уголовно наказуемый поступок (характеризующиеся криминальным поведением) или ставшие жертвой уголовного преступления (в т.ч. насилия);
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения

Оценка суицидального риска.

Основными «инструментами» педагогов и школьных психологов для оценки суицидального риска является беседа с подростком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц (друзей, родственников), данные медицинской документации. В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (Приложения № 1, 2, 3, 4).

Состоянию высокого суицидального риска соответствует следующее:

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадёжности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение
- Нежелание подростка принимать помощь /недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «еще жив»

Необходимые условия профилактики суицидального риска в подростковой среде:

- Благоприятная эмоционально-психологическая атмосфера в окружении ребенка (в семье, школе, классе).
- Насыщенность жизни яркими событиями, дающими подростку возможность достичь успеха, проявить себя и почувствовать свою значимость (социальные проекты, творческие акции и т.д.)
- Возможность доверительного общения подростка с родителями, педагогами, искренний интерес со стороны взрослых к событиям жизни, к чувствам и переживаниям подростка.
- Помощь и поддержка в решении проблем и преодолении трудностей.
- Устойчивые социальные связи, значимые для подростка и, прежде всего, — семейные.
- Контроль использования ребенком интернет-ресурсов.

Направления работы педагогов-психологов и социальных педагогов по профилактике депрессии и суицидов.

1. Провести с ребенком работу по снятию негативных эмоций, которые у него копятся.
2. Помочь подростку разобраться в своих чувствах и отношениях.
3. Обучить социальным навыкам и умениям преодоления стресса.
4. Оказать подростку социальную поддержку с помощью включения семьи, учебного заведения, друзей и пр.
5. При необходимости включить подростка в группу социально-психологического тренинга.
6. Провести психокоррекционные занятия по повышению самооценки подростка, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Как вести себя с суицидальными учащимися в школе

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием ряда следующих мероприятий:

1. Информирование родственников подростка о суицидальной опасности или действиях.
2. Обеспечение непрерывного наблюдения за подростком как в школе, так и в семье.
3. Привлечение для консультации детского психиатра или психотерапевта (с согласия родителей или официальных опекунов).

При контакте с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.

Особенности коммуникации:

- сохранять понимающую и вежливую позицию;
- дать необходимые объяснения о чувствах и поведении человека в кризисе;
- принять то, что мы не всегда можем предупредить суицид;
- принять то, что суицид – это не игра и не беспомощная попытка привлечь к себе внимание; иначе говоря, к суициду нужно относиться серьезно;
- говорить с подростком о его чувствах, иначе его изоляция усиливается;

- учиться справляться с собственными страхами, в том числе через осмысление предмета и осознание его значения для себя;
- избегать моральных оценок и директивного тона в беседе;
- проявлять уважение к мнению и ценностям собеседника;
- избегать невыполнимых обязательств;
- иметь в себе мужество задавать нужные вопросы (максимально конкретные);
- избегать принятия решений «вместо» подростка-суицидента.

Часто подростки высказывают свою удовлетворенность беседой, что усыпляет бдительность окружающих. Следует помнить, что суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов.

В конце беседы следует проигрывать поведение подростка в будущих кризисных ситуациях или неразрешенной текущей.

Если вы чувствуете, что подросток находится в стадии риска, самое лучшее, что вы можете сделать для себя, это не заниматься этим один на один. Пусть в это будут вовлечены другие люди (родители, родственники, специалисты службы охраны психического здоровья – детские психиатры, психотерапевты, психологи).

Госпитализация в стационар показана:

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

Основные задачи профилактики суицидов в учреждениях образования

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;

- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;
- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства – токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
- формирование позитивных потребностей;
- развитие способности любить и быть любимыми;
- формирование умения себя занять и трудиться;
- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание)
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: кружки по интересам и спортивные секции, экскурсии и турпоходы, благотворительные акции и т.п.
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

Роль педагога (классного руководителя) в профилактике суицидального поведения подростков

Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних может быть эффективной только при комплексности и внедрении «командного стиля» работы; педагог может быть организатором или активно участвовать во многих мероприятиях, прямо или косвенно направленных на профилактику суицидального риска. Наряду с этим учитель (классный руководитель), как человек, который общается с подростком регулярно,

может непосредственно повлиять на позитивное разрешение трудной для подростка ситуации:

- Если вы увидели хоть один из признаков, свидетельствующих о надвигающейся угрозе риску подростка – это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание ученику и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию.

- Обратитесь к школьному психологу или к другим специалистам за помощью.

- Если Вы классный руководитель, свяжитесь с родителями ребенка и поделитесь своими наблюдениями.

Доверительное общение как «фактор защиты»

Очень часто подростки испытывают сильное чувство одиночества, отчуждения. С одной стороны, им кажется, что никто их не понимает, с другой стороны, они страдают от невозможности поделиться своими переживаниями, своим душевным смятением. В таких ситуациях подростки не настроены принимать советы, они гораздо больше нуждаются в обсуждении, проговаривании своей боли, им бывает трудно сосредоточиться на чем-то, кроме ощущения своей потерянности, безысходности ситуации. Если Вы вызовете подростка на откровенный разговор, если он решит с Вами поделиться, выслушивайте его особенно внимательно, когда он выражает свои чувства, будь то печаль, вина, страх или гнев. Не спорьте с подростком, а задавайте вопросы, давая возможность выговориться. Вместе с тем, не только спрашивайте, но и сами честно высказывайте свои мысли, чувства, переживания. Будьте для него хорошим слушателем и собеседником!

Формирование жизнестойкости и повышения ценности жизни

Педагог может сотрудничать с психологом, содействуя развитию у подростков устойчивости к трудным жизненным ситуациям. Это может осуществляться за счет обсуждения реальных трудных ситуаций, происходящих с подростками, различных литературных сюжетов и т.п. Акцент ставится на способы поведения в трудных ситуациях, вариантах разрешения проблемы. Могут быть проведены специальные тренинговые внеурочные занятия, направленные на развитие навыков преодоления трудных ситуаций. Наряду с этим педагог должен быть готов в любой

момент информировать подростков о способах получения помощи в трудных ситуациях и о специалистах, которые могут оказать такую помощь.

Раздел 4

Полезные ссылки и ресурсы



Полезные
ресурсы

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ И РЕСУРСЫ

Экстренная психологическая помощь в России для детей, подростков и их родителей: 8-800-2000-122.

Полезные ресурсы:

- Телефон доверия для детей, подростков и родителей <http://telefon-doveria.ru/>
- Дети России ОНЛАЙН <http://detionline.com/>
- Я — родитель <http://www.ya-roditel.ru/>
- Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <http://fond-detyam.ru/>
- Информационный портал о всех видах зависимостей, связанных с компьютерными и мобильными устройствами. URL: <http://netaddiction.ru>
- Всероссийский семинар «Профилактика суицидального поведения детей и подростков, связанного с влиянием сети Интернет». URL: <http://www.fcprc.ru/training/webinars/12-17/program>
- Типовые сценарии педагогического совета и родительского собрания: «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков», Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центр защиты прав и интересов детей» URL: <http://fcprc.ru/news/profilaktika-internet-riskov-i-ugroz-zhizni-detej-i-podrostkov>
- Информационно-аналитический журнал «Дети в информационном обществе» (в рамках Года безопасного Интернета в России) <http://www.fid.su/projects/journal>
- Специализированные страницы сайта ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»: «ПОДДЕРЖКА ДЕТСТВА», «ТВОЕ ПРАВО», «ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ», «ЦЕННОСТЬ ЖИЗНИ»: <http://www.fcprc.ru>
- Научно-методический журнал «Образование личности»: <http://www.ol-journal.ru>
- Учебно-методический журнал «Профилактика зависимостей»: <http://профилактика-зависимостей.рф>

Рекомендуемая литература:

1. Амбрумова, А.Г. Психология одиночества и суицид / А.Г. Амбрумова // Актуальные вопросы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. – 1981. – Т. 92. – С. 69–80.
2. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6. – № 4. – С. 14–20.
3. Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Калинина Н.В. Организация Всероссийского педагогического совета «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков» // Образование личности. 2017. № 2. С. 12–27.
4. Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Калинина Н.В. Организация Всероссийского родительского собрания «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков» // Образование личности. 2017. № 2. С. 28–48.
5. Архипова, А. «Группы смерти»: от игры к моральной панике: мониторинг актуал. фольклора / А. Архипова [и др.]. – М.: РАНХиГС, 2017. – 24 с.
6. Астапов В.М. Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
7. Банников, Г.С. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) / Г.С. Банников, К.А. Кошкин // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2013. – № 2 (19). – 7 с.
8. Банников Г.С. Кошкин К.А. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России. 2013. №2 (19). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php
9. Бородин, С.В. Мотивы и причины самоубийств / С.В. Бородин, А.С. Михлин // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. – 1978. – Т. 82. – С. 28–43.
10. Васильченко, М.В. Роль социально-психологических факторов в формировании суицидального поведения подростков и юношей / М.В. Васильченко // Известия ЮФУ. – 2013. – № 2. – С. 73–78.
11. Вихристюк, О.В. Средства массовой коммуникации в системе предикторов суицидального поведения в подростковом возрасте / О.В. Вихристюк, Г.С. Банников, А.В. Летова // Психологическая наука и образование [Электронный ресурс] psyedu.ru. – 2013. – № 1. – Режим доступа: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_1_3237.pdf. – Дата доступа 10.03.2018.

12. Воликова, С.В. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков / С.В. Воликова, А.В. Нифонтова, А.Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2013. – № 2. – С. 24–31.
13. Вроно, Е.М. Особенности суицидального поведения детей и подростков и меры его профилактики / Е.М. Вроно // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: сб. науч. трудов. – М.: НИИ психиатрии, 1984. – С. 135–142.
14. Вроно Е.М. Поймите своего ребенка. М.: Дрофа, 2002. URL: http://pedlib.ru/Books/6/0236/6_0236-1.shtml
15. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? Москва; 2003. URL: <http://umka.pw/Nachal/gippenreyter.pdf>
16. Диагностика, профилактика и психотерапия суицидальных и аутоагрессивных форм поведения: учебное пособие/ С.А. Игумнов, И.А. Никифоров, Г.П. Костюк [и др.]- М.: ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», 2017. - 82 с.
17. Единый урок безопасности // Дети в информационном обществе. 2017. № 4(26). Специальный выпуск. URL: <http://detionline.com/journal/numbers/26>
18. Есенкожа Е.М., Касен Г.А. Психолого-педагогическая профилактика интернет-аддикций на основе формирования медиаграмотности учащихся подростковых классов» // Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе / Материалы международной студенческой научно-практической конференции / Отв.ред. Л.К. Тропина. Екатеринбург, 2015. С. 323-352.
19. Ефимова О.И., Салахова В.Б., Сероштанова Н.В. «Спасти от пропасти», или Научно-прикладные аспекты изучения суицидальной активности несовершеннолетних: моногр. Ульяновск: УлГУ, 2017.
20. Завалишина О.В. Моделирование процесса педагогической поддержки подростков, склонных к проявлению интернет-зависимости // Научный журнал КубГАУ, №70(06), 2011. URL: <http://ej.kubagro.ru/2011/06/pdf/11.pdf>
21. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Профилактическая деятельность как фактор формирования здорового стиля жизни. Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во АKADEМIA, АПКиППРО, 2011.
22. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Психическое здоровье: нормативное и аддиктивное поведение. // Профилактика зависимостей. -2015.-№1.-С. 1-14.
23. Зотов, М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М.В. Зотов. – СПб: Речь, 2006. – 144 с.

24. Идобаева О.А., Подольский А.И., Ефимова О.И., Салахова В.Б. Делинквентная личность: методологические подходы к изучению и эмпирические данные: моногр. Ульяновск: РИО УлГУ, 2017.
25. Информационно-просветительском интернет-портале «Homo Cyberus» (<http://www.homocyberus.ru>)
26. Калинина Н.В. Профилактика рисков интернет-активности обучающихся: субъект-порождающее взаимодействие. // Образование личности. 2017. № 1. С. 12-17.
27. Кон И. Что такое буллинг и как с ним бороться // Семья и школа. 2006. №11. С. 15-18.
28. Лейн Д.А. Школьная травля (буллинг). Электронный ресурс. Режим доступа: URL: [http:// www.supporter.ru/docs/1056635892/bulling.doc](http://www.supporter.ru/docs/1056635892/bulling.doc) (дата обращения: 09.10.2010).
29. Копова А.С. Программа коррекции агрессивного поведения подростков посредством педагогического взаимодействия // Педагогическая наука и образование в России и за рубежом: региональные, глобальные и информационные аспекты. 2002. № 1. С. 15-27.
30. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001. 2-е издание, переработанное и дополненное.
31. Мудрик А.В. Воспитательные ресурсы Интернета // Вестник Костромского государственного университета имени Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2008. – N 4. – С. 37–39.
32. Плешаков В.А. Киберсоциализация человека: от Homo Sapiens'а до Homo Cyberus'а: Монография. – М.: МПГУ, «Прометей», 2012. – 212 с.
33. Салахова В.Б., Ощепков А.А. От делинквентного подростка к осужденному: моногр. Ульяновск – Москва: РИО УлГУ, 2017.
34. Сборник памяток для администрации, педагогов (классных руководителей) образовательных организаций города Москвы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся / Под ред. Вихристюк О.В. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015:
35. Сыроквашина, К.В. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков / К.В. Сыроквашина, Е.Г. Дозорцева // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – № 3. – С. 8–24.
36. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / Под ред. Вихристюк О.В. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015.

37. Якиманская И.С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе. Москва: Сентябрь, 1996.

По указанным ссылкам можно ознакомиться с конкретными методическими рекомендациями и программами по обеспечению психологической безопасности в детско-подростковой среде. На странице ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» <http://www.fcprc.ru> представлен конкретный информационно-методический и научно-аналитический материал по заявленной проблематике, который поможет получить новые знания и обогатить практический инструментарий в работе с детьми и подростками в общеобразовательных организациях.

Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства		
Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
Расчет времени	0	Возможно чьё-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Никому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определённые планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии

Самоотчёт		
Летальность	0	Считал, что действие не приведёт к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0	Не хотел умирать
	1	Не уверен
	2	Хотел умирать
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 часа
	2	Обдумывал менее 1 дня
	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределённая или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определённо выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определённа
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределённо
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = ‘сумма баллов подшкалы обстоятельств’ =

Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = ‘сумма баллов подшкалы самоотчёта’ =

Пункты (11 + 12) = ‘сумма баллов подшкалы медицинского риска’ =

Общая сумма баллов

0 – 3 = Низкий уровень интенций;

4 – 10 = Средний уровень интенций;

Более 10 = Высокий уровень интенций

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом.

Шкала суицидальных мыслей (Suicide Scale for Ideators, A.T. Beck, 1979).

- оценивается состояние пациента, укладывающееся в промежуток времени приблизительно равный 1 недели до момента интервью
- при необходимости пациенту перечисляются возможные варианты ответов
- при неприменимости ни одного из вариантов ответа вводим «Х»
- возможно использование информации, полученной от родственников, врачей, медицинского персонала и из медицинской документации.

I. Характеристики отношения к жизни/смерти	
«Не могли бы Вы оценить силу своего желания жить?»	1. Желание жить 0. От умеренного до сильного 1. Слабое 2. Отсутствует
«Если Вас посещали мысли о смерти, не могли бы Вы оценить силу своего желания умереть?»	2. Желание умереть 0. Отсутствует 1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Если бы Вы взвесили имеющиеся у Вас основания для продолжения жизни и для её прекращения, какие бы из них перевесили?»	3. Основания к жизни/смерти 0. Основания к жизни перевешивают основания к смерти 1. Приблизительно равны 2. Основания к смерти перевешивают основания к жизни
«Думали ли Вы о том, чтобы нанести себе вред или покончить с собой? Если да,	4. Желание совершить "активную" суицидальную попытку 0. Отсутствует

оцените, пожалуйста, силу желания совершить этот поступок»	1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Может быть, Вам приходилось ранее находиться в ситуации, связанной с повышенным риском для Вашей жизни или здоровья (тяжёлая болезнь, угрожающее поведение других людей, напряжённое уличное движение и т.п.)? Если нет, не могли бы Вы представить себя в такой ситуации? Находясь в такой ситуации, как бы Вы себя повели?» Перечислить пациенту возможные варианты поведения.	5. «Пассивная» суицидальная попытка 0. Предпринял бы предосторожности для спасения жизни 1. Предоставил бы решение о жизни/смерти на волю случая (например: неосмотрительно переходить улицу с интенсивным движением) 2. Попытался бы избежать действий, необходимых для спасения или поддержания жизни (например: диабетик прекращает инъекции инсулина)
II. Характеристики суицидальных мыслей/желаний	
«Вы говорили о том, что у Вас бывают периоды, когда Вас посещают мысли или фантазии (визуальные образы) о нанесении себе вреда или самоубийстве. Не могли бы Вы уточнить, какова примерная длительность каждого из этих периодов?»	6. Время: длительность суицидальных мыслей 0. Короткие, преходящие периоды (секунды – минуты) 1. Более длительные периоды (часы – дни) 2. Продолжительные (хронические) или почти хронические периоды (думает об этом почти постоянно)
Продолжаем предыдущий вопрос: «Какова примерная частота таких периодов?»	7. Время: частота суицидальных мыслей 0. Изредка, от случая к случаю (1-2 р/нед)

	1. Интермиттирующие (3-4 р/нед) 2. Постоянные или продолжительные (большинство дней в неделю)
«Каково Ваше отношение к мыслям (фантазиям) о нанесении себе вреда или самоубийстве?»	8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям 0. Отвержение мыслей 1. Безразличное, двойственное 2. Принятие мыслей
«Считаете ли Вы, что Вы сохраняете способность контролировать свои побуждения нанести себе вред?»	9. Контроль над суицидальными и импульсивными действиями/желаниями 0. Имеет ощущение контроля 1. Не уверен в способности контролировать себя 2. Нет ощущения контроля
«Существуют ли люди, обязательства, другие вещи и обстоятельства, которые удерживают Вас от самоубийства или нанесения себе вреда?»	10. Факторы, удерживающие от активной попытки (пример: семья, религия, возможность серьёзного повреждения при «неудачной» попытке; необратимость последствий) 0. Не предпринял бы суицидальную попытку вследствие наличия удерживающих факторов 1. Некоторые сомнения относительно удерживающих факторов 2. Минимальные или отсутствующие указания на удерживающие факторы Отметить удерживающие факторы, если они есть
«Как Вы думаете, каковы приблизительные причины возможного самоповреждения или	11. Причины планируемой попытки 0. Влияние на кого-то из близких; привлечение внимания; месть 1. Комбинация «0» и «2»

самоубийства?»	2. Уход, отказ от жизни, решение проблем
III. Характеристики планируемой попытки	
«Если у Вас были мысли о самоубийстве или самоповреждении, может быть, Вы обдумывали и способ этого поступка?»	12.Способ: особенности/планирование 0. Не обдумывал 1. Обдумывал, но не прорабатывал детально 2. Детально обдумывал, план хорошо сформулирован
Если доступность средств самоповреждения не очевидна из обстоятельств жизни пациента и беседы с ним, возможен вопрос: «Как Вы собираетесь осуществить планируемый поступок?»	13.Способ: доступность/возможность применения 0. Способ не доступен; возможность применения отсутствует 1. Способ занял бы время/усилия; возможность применения сомнительна 2а. Способ доступен, возможность применения реальна 2б. Предполагается доступность способа и возможность применения в будущем
«Ощущаете ли Вы себя действительно способным нанести себе вред или покончить с собой?»	14.Ощущение «способности» совершить попытку 0. Не хватает «мужества»; слишком «слаб», «труслив»; «некомпетентен» 1. Нет полной уверенности в «мужестве» и компетенции 2. Уверен в своей компетенции, способности
«Как Вы думаете, Вы всё-таки осуществите этот поступок (самоубийство или самоповреждение)?»	15.Ожидание/предвидение актуальной попытки 0. Не ожидает 1. Сомневается, не уверен 2. Ожидает

IV. Актуализация предполагаемой попытки	
«Предприняли ли Вы конкретные действия по подготовке к самоубийству или самоповреждению?»	16. Реальная подготовка 0. Никакой подготовки 1. Частичная подготовка (пример: начал собирать таблетки) 2. Полная подготовка (пример: подготовил таблетки; лезвие; заряженное оружие)
«Думали ли Вы написать прощальную записку? Кому она адресована (или могла бы быть адресована)?»	17. Суицидальная записка 0. Не писал 1. Начал, но не закончил; только думал об этом 2. Написал
«Предприняли ли Вы какие-то шаги в предвидении возможной смерти, например, написали завешание, роздали долги, подарки, попрощались с кем-либо?»	18. Последние действия в предвидение смерти (пример: страховка, завешание, подарки) 0. Не делал 1. Думал об этом или сделал некоторые приготовления 2. Имеет чёткие, определённые планы или завершённые приготовления
Интервьюер оценивает степень открытости пациента, анализируя его ответы и объективные данные о состоянии пациента и его анамнез.	19. Обман/сокрытие планируемой попытки (имеется в виду раскрытие суицидальных мыслей клиницисту, проводящему интервью) 0. Открыто высказывает суицидальные мысли 1. После того, как высказал суицидальные мысли, забирает свои слова обратно 2. Пытается скрывать, лгать, диссимулировать

V. «Фоновые» факторы	
	Пункты 20 и 21 не включаются в общее количество баллов
«Предпринимали ли Вы ранее попытки самоубийства или самоповреждения? Сколько раз это было?»	20.Предыдущие суицидальные попытки 0. Не было 1. Одна 2. Более одной
Интервьюер составляет приблизительное представление о тяжести последнего парасуицида, анализируя его обстоятельства по шкале SIS.	21.Стремление к смерти в последней попытке (если «не применимо», введите «X») 0. Низкое 1. Умеренное, амбивалентное 2. Высокое

Шкала безнадёжности
(Hopelessness Scale, A.Beck et al. 1974)

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

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем

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

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

Интерпретация

Максимальный счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадёжность не выявлена;

4-8 баллов – безнадёжность лёгкая;

9-14 баллов – безнадёжность умеренная;

15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Центр защиты прав и интересов детей»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ДЛЯ ПЕДАГОГОВ-ПСИХОЛОГОВ И СОЦИАЛЬНЫХ
ПЕДАГОГОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ, СКЛОННЫМИ
К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Москва, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ	3
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	4
Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других	4
Аффективное суицидальное поведение.....	5
Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти	5
3. «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ» СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ	5
Особенности подросткового возраста	5
Характерные особенности подростков	6
Внутренние противоречия подростков.....	6
Реакция на жизненные проблемы	7
Поведенческие реакции	7
Факторы угроз психической безопасности.....	8
Предрассудки и факты о суициде	9
4. СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ — РИСКИ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	13
Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте	13
Мотивы суицидального поведения.....	14
Синдром Вертера	14
Внешние признаки возможности суицидального риска	15
Знаки (проявления) суицидального риска	15
Особенности эмоционального состояния и особенности мышления, свидетельствующие о суицидальной угрозе.....	16
Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения.....	18
5. ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ И РЕСУРСЫ	23
6. ПРИЛОЖЕНИЕ.....	27

1. ВВЕДЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в Российской Федерации является одной из главных задач различных служб и ведомств. На фоне демографических проблем в мире вопрос сохранения психического здоровья и жизни подрастающего поколения приобретает особую значимость и социальную направленность.

Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Профилактика суицидального поведения у детей и подростков является системой общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном и правовом, общественном и экономическом, медицинском, педагогическом, социально-психологическом и др.

К условиям успешности профилактической работы можно отнести следующие: комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Своевременность приобретает особое значение при работе с подростками. Известный факт: подростковые суициды в большинстве случаев совершаются на высоте аффекта. От внимательного отношения и грамотного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит, реализует или остановит свой суицидальный план подросток.

С целью повышения компетентности педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по вопросам профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних разработаны «Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонных к суицидальному поведению» (далее — Методические рекомендации).

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- **Самоубийство (суицид)** – намеренное, осознанное лишение себя жизни.
- **Суицидальная попытка** (синонимы: парасуицид, незавершенный суицид, умышленное самоповреждение и др.) – это любое умышленное действие по причинению себе вреда, которое по той или иной причине не привело к смертельному исходу.
- **Суицидальное поведение** – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и по крайней мере в минимальной степени мотивируемых явными или скрытыми интенциями к смерти.

Суицидальное поведение у детей и подростков может нести в себе как черты «манипулятивности», так и выраженные интенции к смерти. Как правило, суицидальный акт или намерения одновременно обусловлены противоречивыми мотивациями: с одной стороны – «воздействие на значимых других», попытка изменить ситуацию или «наказать» обидчика, с другой стороны – избежать психологической боли, обиды, стыда и пр. с помощью самоповреждения или смерти.

Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других

Суицидальные акты и намерения могут носить яркий, театрализованный характер. Действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей или наказать обидчика, вызвав у него чувство вины или обратив на него возмущение окружающих и доставив ему серьезные неприятности. Суицидальный акт часто совершается в том месте, которое связано с эмоционально значимым лицом, которому он адресован: дома – родным, в школе – педагогам либо сверстникам и т.д. Такого рода действия, направленные «вовне», как правило, свидетельствуют о нарушенных отношениях между ребенком (подростком) и его ближайшим окружением (родители, сверстники и пр.). В данной ситуации можно предположить, что либо ребенок (подросток) не может проявить свои потребности иным (адаптивным) способом, либо его ближайшее социальное окружение игнорирует «более слабые» сигналы. Следует помнить, что даже «демонстративное» поведение может заканчиваться смертью. В качестве примера можно привести религиозные суициды: частым мотивом действий является протест, но следствием – смерть. Даже в случае полного отсутствия мотивов смерти суицидальные акты могут носить тяжелые последствия вследствие

недоучета ребенком (подростком) обстоятельств, незнания летальности определенных средств (медикаменты, химикаты). Любая форма аутоагрессии требует терапевтического подхода. Ярлыки «демонстративный», «манипулятивный» приносят морализаторский и осуждающий оттенок, что препятствует налаживанию отношений с ребенком (подростком).

Аффективное суицидальное поведение

Это суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации растягивается на часы и сутки. В какой-то момент здесь может появиться мысль о том, чтобы расстаться с жизнью. Аффективное суицидальное поведение с трудом прогнозируется и поддается профилактике.

Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти

Это обдуманное, тщательно спланированное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения. Записки адресованы более самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от чувства вины знакомых и близких.

3. «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ» СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Особенности подросткового возраста

Знание и учет психологических особенностей современных подростков, их потребностей и интересов позволяет психологу и социальному педагогу определить свою индивидуальную личностно-профессиональную позицию и успешно реализовать ее в повседневной работе с ними.

В подростковом возрасте среди основных новообразований личности особо значимы: *становление нравственного сознания, самосознания, самоотношения*. Это время интенсивного *формирования мировоззрения, системы оценочных суждений, нравственной сферы личности растущего человека*. В преобладающей степени эти процессы обусловлены как внутрисемейной, так и социальной ситуацией развития (причем не только ближайшим социальным окружением подростка, но и глобальной социокультурной ситуацией развития общества в целом), а также геополитической ситуацией в стране.

Так какие они — современные подростки? Современных подростков часто называют буквами латинского алфавита «Y и Z»; «миллениалами», «поколением быстрых кнопок», «цифровым поколением». Что их характеризует, что влияет на их личностное становление и в то же время может стать риском для их психологической безопасности?

Характерные особенности подростков:

- *половое созревание и неравномерное физиологическое развитие*, обуславливающие *эмоциональную неустойчивость* и резкие колебания настроения (от экзальтации до депрессии);
- *изменение социальной ситуации развития*: переход от зависимого детства к потенциально самостоятельной и ответственной взрослости;
- *смена ведущей деятельности*: учебную деятельность вытесняет интимно-личностное общение со сверстниками;
- *открытие и утверждение своего «Я»*, поиск собственного места в системе человеческих взаимоотношений;
- познание себя через *противопоставление миру взрослых* и через чувство *принадлежности к миру сверстников*. Это помогает подростку найти собственные ценности и нормы, сформировать свое представление об окружающем его мире;
- появление *«чувства взрослости»*, желание подростка признания своей «взрослости»; стремление разорвать эмоциональную зависимость от родителей.

Внутренние противоречия подростков:

- между расцветом интеллектуальных и физических сил и жестким лимитом времени, финансово-экономических возможностей для удовлетворения возросших потребностей;
- между установкой на личное благополучие и неосознанностью ценности собственной жизни, что приводит к неоправданному риску;
- между достаточно четко осознанными желаниями и стремлениями и недостаточно развитой волей и силой характера, необходимыми для их достижения;
- между осознанием собственных идеалов и жизненных планов и их социальной абстрактностью;

- между желанием быстрее освободиться от родительской опеки и трудностями социальной и психологической адаптации к условиям самостоятельной жизни;
- между развитым эгоцентризмом среди родных и близких, с одной стороны, и повышенным конформизмом в группе сверстников – с другой;
- между стремлением самим сделать свой выбор и отсутствием желания нести ответственность за его последствия.

Реакция на жизненные проблемы

Наиболее бурные *аффективные реакции* возникают при попытке кого-либо из окружающих ущемить самолюбие подростка. При этом, как правило, *пик эмоциональной неустойчивости* приходится у мальчиков на возраст 11-13 лет, у девочек — на 13-15 лет.

Что может стать неблагоприятными жизненными обстоятельствами?

- переживание обиды, одиночества, собственной ненужности, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство влюбленности, ревность;
- переживания, связанные со сложной обстановкой в семье, со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в т.ч. связанного с насилием в семье, т.к. зачастую подросток считает себя виноватым в происходящем и боится рассказать об этом);
- боязнь позора, насмешек или унижения;
- страх наказания (например, в ситуациях ранней беременности, серьезного проступка или правонарушения), страх последствий неуспешного выполнения какой-либо деятельности (например, неуспешной сдачи экзаменов);
- любовные неудачи, трудности в сексуальных отношениях, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации, повлиять на другого человека;
- сочувствие или подражание товарищам, кумирам, героям книг или фильмов, следование моде;
- нереализованные потребности в самоутверждении, в принадлежности к значимой группе.

Поведенческие реакции

Поведенческие реакции могут быть непредсказуемы и противоположны:

- целеустремленность и настойчивость сочетаются с импульсивностью;
- неумная жажда деятельности может смениться апатией, отсутствием стремлений и желаний что-либо делать;
- повышенная самоуверенность, безапелляционность в суждениях быстро сменяются ранимостью и неуверенностью в себе;
- развязность в поведении порой сочетается с застенчивостью;
- романтические настроения нередко граничат с цинизмом, расчетливостью;
- нежность, ласковость бывают на фоне недетской жестокости;
- потребность в общении сменяется желанием уединиться.

Факторы угроз психической безопасности

Когда поведение подростков по тем или иным причинам выходит за границы дозволенного и общепринятого, то мы сталкиваемся с девиантным, отклоняющимся поведением. Это, в свою очередь, повышает вероятность возникновения угроз психологической безопасности.

Индивидуально-психологические и возрастные особенности, социальная и семейная ситуации развития детей и подростков могут выступать **факторами угроз их психической устойчивости:**

- **Несформированность системы ценностных ориентаций:** отсутствие сформированных духовных ценностей и стремления к позитивному развитию собственной личности часто приводит к заполнению этой ниши иными, непродуктивными для развития личности занятиями (зависимости, аутодеструктивное, асоциальное поведение и т.д.);
- **Отсутствие либо обесценивание идеальных устремлений:** для современных школьников постепенно исчезает понятие идеала либо его осмысление в целом имеет размытые очертания.
- **Кризис самооценки:** неустойчивость интересов, зависимость от мнений и точек зрения окружающих людей, высокая степень восприимчивости к негативному социальному опыту взаимодействия с окружающими;
- **Отстраненность и противопоставление себя взрослым:** избегание родительского контроля, высокий уровень конфликтности между членами семьи;

- **Потребность и сложность в общении:** высокая потребность в общении, наличие проблем в общении, обусловленных отсутствием коммуникативных навыков.

- **Интернет-зависимость:** сегодня Интернет является основным поставщиком информации, досугом и способом организации взаимодействия детей и подростков. Именно поэтому в эпитетах, именующих нынешнее молодое поколение, столь часто звучат отсылы к интернет-пространству, цифровым категориям. Это их привычное жизненное пространство. Но это также и пространство рисков.

- **Ориентация на развлечения:** в ценностных ориентациях современных подростков зачастую преобладают материальные ценности, удовольствия и развлечения, наблюдается духовно-нравственный нигилизм; среди развлечений значительное место отводится компьютерным играм и Интернету.

Предрассудки и факты о суициде

Сознание многих людей заполнено предрассудками о самоубийстве, которые мешают позитивным действиям при выявлении суицидального поведения и не позволяют принимать необходимые меры в отношении суицидального человека. Ниже приводятся наиболее распространенные заблуждения о самоубийстве, неверные выводы, которые вытекают из них, и правильные, истинные факты, проверенные многолетними наблюдениями и подтвержденные специальными исследованиями.

Предрассудок 1: Большинство самоубийств совершается без предупреждения, поэтому невозможно ничего предпринять для его предотвращения.

Факт: Большинство людей подают предупреждающие сигналы о своих реакциях или чувствах из-за событий, подталкивающих к самоубийству. Эти сигналы (или призывы о помощи) могут подаваться человеком в форме прямых высказываний, физических (телесных) признаков, эмоциональных реакций или поведенческих проявлений. Они сообщают о возможности выбора самоубийства как средства избавления от боли, снижения напряжения, сохранения контроля или преодоления утраты. Дети могут оставлять открыто таблетки на столе, тексты стихов о смерти, записки с высказыванием обид и угроз. Взрослые, игнорирующие слова и чувства своих детей, рискуют поплатиться их жизнями.

Предрассудок 2: Говоря о самоубийстве с подростком, можно подать ему идею о совершении этого действия. Поэтому безопаснее полностью избегать этой темы.

Факт: Беседа о самоубийстве не порождает и не увеличивает риска его совершения. Напротив, она снижает его. Лучший способ выявления суицидальных намерений - прямой вопрос о них. Открытый разговор с выражением искренней заботы и беспокойства, вызванного наличием у человека мыслей о самоубийстве, является для него источником облегчения и нередко одним из ключевых элементов в предотвращении непосредственной опасности самоубийства. Избегание в беседе этой темы может стать дополнительной причиной для сведения счетов с жизнью. Риск увеличивается, поскольку, попытавшись обсудить эту тему с одним собеседником и получив отказ, человек почувствует себя еще более одиноким, и проявит в последующем еще меньше энергии в поисках другого человека, способного ему помочь.

Предрассудок 3: Если человек говорит о самоубийстве, то он его не совершит.

Факт: Люди, сводящие счеты с жизнью, обычно перед этим прямо или косвенно дают знать кому-нибудь о своих намерениях. Четверо из пяти людей, намеревающихся покончить с собой, перед смертью в той или иной форме говорят об этом желании с другим человеком. Отказ от серьезного отношения и участия в этих разговорах способствует наступлению смерти от самоубийства. Особую значимость это имеет для детей и подростков. К любой угрозе ребенка уйти из жизни нужно относиться серьезно, даже если эта угроза носит манипулятивный характер. Грань между демонстративно-шантажным и истинным суицидом в подростковом возрасте несущественна.

Предрассудок 4: Суицидальные попытки, не приводящие к смерти, являются лишь формой поведения, направленной на привлечение внимания. Подобное поведение достойно игнорирования или наказания.

Факт: Суицидальные формы поведения или «демонстративные» действия некоторых людей представляют собой призыв или просьбу о помощи, посылаемую другим людям. Если никто не откликнется, то очень легко происходит переход от отчаянного крика о помощи к выводу, что никто уже никогда не поможет и, соответственно, от отсутствия серьезных намерений умереть к отчетливому стремлению покончить собой. Наказание за суицидальное поведение и его оценка как «недостойного» способа призыва о помощи может привести к чрезвычайно опасным последствиям. Наказание нередко производит

действие, противоположное желаемому. Оказание помощи в разрешении проблем, установление контакта являются эффективным методом предотвращения суицидальных форм поведения.

Предрассудок 5: Самоубийца определенно желает умереть и будет неоднократно предпринимать попытки, пока не совершит самоубийство. Оказывать помощь таким людям бесполезно.

Факт: Намерения большинства суицидальных людей остаются двойственными вплоть до момента наступления смерти. Очень немногие сохраняют уверенность в своих желаниях или однозначном решении покончить с жизнью. Большинство людей являются открытыми для помощи других, даже если она навязывается им помимо воли. Преобладающее большинство лиц, обнаруживавших суицидальные тенденции в то или иное время своей жизни, находят способ продолжения жизни. Дети, к тому же, не в полной мере осознают конечность смерти, относятся к ней как к чему-то временному. Они думают, что, умирая (уснув ненадолго), накажут родителей или своих обидчиков, а затем воскреснут (проснутся).

Предрассудок 6: Те, кто кончают с собой, психически больны и им ничем нельзя помочь.

Факт: Действительно, наличие психического заболевания является фактором высокого риска самоубийства. Однако многие, очень многие совершающие самоубийство люди не страдают никаким психическим заболеванием. Для них это всего лишь временная ситуация, из которой они не видят другого выхода.

Предрассудок 7: Если человек однажды предпримет суицидальную попытку, то он больше ее уже не повторит. Сама совершенная попытка предотвращает возможность дальнейших суицидальных действий.

Факт: Хотя большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, обычно не переходят к самоубийству, однако многие из них повторяют эти попытки. Частота самоубийств у лиц, ранее совершавших суицидальные попытки, в 10 раз выше, чем среди населения.

Предрассудок 8: Злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийствам, и даже наоборот: алкоголь и наркотики помогают забыть о проблемах.

Факт: Зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения. Алкоголь и наркотики, особенно в состоянии отмены, могут существенно способствовать сведению счетов с жизнью.

Предрассудок 9: Самоубийство представляет собой чрезвычайно сложное явление, помочь самоубийцам могут только профессионалы.

Факт: Причин суицидального поведения так же много, как и людей, проявляющих его. Действительно, поиск общих закономерностей, применимых ко всем людям, показывает, что суицид - чрезвычайно сложное явление. Вместе с тем понимание и реагирование на суицидальное поведение у конкретного человека не требует глубоких познаний в области психологии или медицины. Требуется лишь проявление внимания к тому, что человек говорит, ПРИНЯТИЕ ЭТОГО ВСЕРЬЕЗ, оказание поддержки и обращение за соответствующей помощью. Многие люди погибают в результате самоубийства лишь потому, что им не были предложены или оказались недоступными неотложная первая помощь и поддержка.

Предрассудок 10: Если у человека имеется склонность к самоубийству, то она останется у него навсегда.

Факт. Большинство суицидальных кризисов являются преходящими и устраняются при соответствующей помощи. Однако если эмоциональный стресс продолжается, облегчение не наступает, а помощь не оказывается, то сохраняется риск суицидального поведения. После получения профессиональной помощи человек чаще всего способен возобновить свою обычную жизнь и деятельность.

Предрассудок 11: Самоубийство — явление наследуемое, значит, оно фатально, и ничем нельзя помочь.

Факт: Это сложный вопрос. Действительно, в последнее время ученые интенсивно ищут гены, которые могут иметь отношение к формированию суицидального поведения. Однако наличие некоторой генетической основы не означает, что человеку нельзя оказать реальную помощь, ведь речь идет о поведении человека, которое важно заметить, а после этого обратить на него внимание врачей или психологов.

4. СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ — РИСКИ ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Психологический смысл подросткового суицида — это чаще всего «крик о помощи», или протест, месть, стремление привлечь внимание к своему страданию. Анализ мотивов суицидального поведения подростков подтверждает мысль, что его суицидальный поступок — это обращение к значимому другому. Риск совершения суицида повышается при употреблении наркотиков, алкоголя, игровой или интернет-зависимости.

Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте:

- Детская повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей, эгоцентрическая устремленность обуславливают импульсивность в принятии решения, в том числе и суицидального характера.
- Гнев, протест, злоба или желание наказать себя и других также могут лежать в основе развития суицидального поведения.
- Для подростков характерны повышенная склонность к самоанализу, пессимистическая оценка окружающего и своей личности, что также может спровоцировать суицидальный поступок.
- Эмоциональная нестабильность, присущая почти четверти здоровых подростков, и неумение ослабить эмоциональное напряжение также приводят к суицидальным действиям.
- Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. Это происходит из-за неадекватного понимания смерти, которая в младшем возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела, они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не считают необратимой. Для *подростков* смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, экспериментируя с опасными веществами или вовлекаясь в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности.
- В развитии суицидального поведения подростков немаловажную роль играет подражание (копирование образцов поведения) и повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки.

■ Для подростков характерно наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

Мотивы суицидального поведения:

- обида, чувство одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
- переживания по поводу смерти, развода или ухода родителей из семьи;
- чувство вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- страх позора, насмешек или унижения;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
- страх наказания, нежелание извиниться;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов, публикаций в СМИ («синдром Вертера»).

Синдром Вертера

Дело в так называемом синдроме или эффекте Вертера, когда одно самоубийство провоцирует следующее. Термин «синдром Вертера» ввел в 1970-х годах социолог Дэвид Филипс, опираясь на известное произведение немецкого классика Иоганна Вольфганга фон Гёте «Страдания юного Вертера», где измученный безответной любовью главный герой кончает жизнь самоубийством.

Роман пользовался большой популярностью после выхода и вызвал неожиданный эффект: волну суицидов среди молодых людей. «Эффект Вертера описывает феномен, когда число суицидов резко растет, если масс-медиа уделяют большое внимание какому-то самоубийству и с жадной сенсацией освещают его», — объясняет Бенедикт Тилль (Benedikt Till), психолог из Медицинского университета г. Вены.

Эффект бывает особенно сильным, если суицид описывается детально или если предметом для публичного обсуждения становятся мотивы самоубийцы, которые нередко изображаются в упрощенном виде - неудачный брак, долги и т.п. По мнению Б.Тилля, специализирующегося на изучении этого феномена, «все это имеет довольно значительный потенциал для идентификации с самоубийцей».

Естественно, человек, не переживающий глубокий кризис, даже после прочтения сенсационного материала о суициде едва ли станет примерять на себя подобный сценарий. Другое дело — кто-то, кому приходят мысли о том, чтобы уйти из жизни, и кто проживает «процесс суицидального развития», как говорит Б. Тилль. Для таких людей сообщения СМИ могут стать последней каплей.

В Австрии и Германии приняты определенные меры, касающиеся освещения суицида в средствах массовой информации: в своде правил для журналистов есть посвященная этому глава, которую помогали разработать специалисты.

Внешние признаки возможности суицидального риска:

- Резкое снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам.
- Затяжное подавленное настроение, низкий эмоциональный фон, раздражительность;
- Резкое изменение поведения (стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, приводит дела в порядок, стал дарить дорогие ему вещи, теряет интерес к тому, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей);
- Разговоры или намеки на желание умереть или нежелание продолжать жизнь;
- Опасное поведение с высоким риском причинения вреда своей жизни и здоровью.

Знаки (проявления) суицидального риска

Поведенческие признаки:

- внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми;
- употребление спиртного и/или наркотических средств;
- избегающее поведение (необъяснимые или часто повторяющиеся исчезновения из дома, прогулы в школе);
- безразличное или негативное отношение к своему внешнему виду;
- безразличное, а иногда бравирующее отношение к ситуациям неудач в повседневной жизни;
- внезапное враждебное поведение, асоциальные поступки, инциденты с правоохранительными органами, участие в беспорядках;
- внезапно могут появиться проблемы концентрации внимания, снижение успеваемости, активности, неспособность к волевым усилиям.

Особенности эмоционального состояния и особенности мышления, свидетельствующие о суицидальной угрозе:

- невыносимая психологическая боль, которую хочется уменьшить любыми средствами;
- разочарование в удовлетворении психологических потребностей (потребности в безопасности, возможности достичь чего-то, овладеть чем-то, необходимости дружбы или принадлежности к чему-то или к какой-то группе);
- поиск решения проблем не дает результата, заводит в тупик, наводит на мысли о смерти;
- присутствуют беспомощность, безнадежность, чувство бессилия, невозможность что-то сделать, чувство, что никто из окружающих не может ему помочь в борьбе с его болью;
- конфликт ценностей и полярность мышления. Видит вещи в черно-белом свете либо все хорошо, либо все плохо;
- противоречивость (амбивалентность) в отношениях и мышлении, например: одновременно любит и ненавидит родителей, сестер и братьев, противоречив в принятии своего решения о жизни и смерти.

Именно эта противоречивость и дает возможность вовремя предотвратить суицидальный поступок. Подросток старается сделать так, чтобы другие увидели его боль, остановили, переубедили и изменили ход его мыслей в суицидальном направлении, оставляя сигналы и ключи.

Словесные ключи:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: «хочу умереть», «ты меня больше не увидишь», «я не могу больше выносить эту проблему», «скоро все это закончится»;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- самообвинения;
- сообщение о конкретном плане суицида.

Поведенческие ключи:

- раздача своих ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи с друзьями и родителями, чтобы все было в порядке);
- написание «записок-завещаний»;
- несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;

- самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам.

Ситуационные ключи:

- психотравмирующие события, которые недавно произошли в жизни ребенка или подростка (разрыв отношений с любимым человеком, публичное оскорбление, незаслуженное наказание, конфликт с родителями и т.п.).



Рис.1. Факторы суицидального риска

Группы суицидального риска — это подростки:

- находящиеся в сложной семейной ситуации (развод родителей, предпочтение родителями одного ребенка по отношению к другому, жестокое обращение в семье, психически больные родственники);
- испытывающие серьезные проблемы в учебе;
- не имеющие друзей;
- не имеющие устойчивых интересов, хобби;
- склонные к депрессиям (имеющие психические заболевания);
- перенесшие тяжелую утрату;

- остро переживающие несчастную любовь (разрыв высокозначимых любовных отношений);
- имеющие семейную историю суицида (или ставшие свидетелями суицида, либо сами пытавшиеся покончить с собой);
- употребляющие алкоголь, психоактивные вещества;
- имеющие недостатки физического развития, инвалидность, хронические соматические заболевания;
- совершившие уголовно наказуемый поступок (характеризующиеся криминальным поведением) или ставшие жертвой уголовного преступления (в т.ч. насилия);
- попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения

Основными «инструментами» педагогов и школьных психологов для оценки суицидального риска является беседа с подростком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц (друзей, родственников), данные медицинской документации. В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (Приложения № 1-4).

Состоянию высокого суицидального риска соответствуют:

- устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве;
- состояние депрессии;
- проявления чувства вины /тяжелого стыда /обиды /сильного страха;
- высокий уровень безнадежности в высказываниях;
- заметная импульсивность в поведении;
- факт недавнего/текущего кризиса/утраты;
- эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты;
- выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»);
- отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение;
- нежелание подростка принимать помощь /недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «еще жив».

Необходимые условия профилактики суицидального риска в подростковой среде:

- Благоприятная эмоционально-психологическая атмосфера в окружении ребенка (в семье, школе, классе);
- Насыщенность жизни яркими событиями, дающими подростку возможность достичь успеха, проявить себя и почувствовать свою значимость (социальные проекты, творческие акции и т.д.);
- Возможность доверительного общения подростка с родителями, педагогами, искренний интерес со стороны взрослых к событиям жизни, к чувствам и переживаниям подростка;
- Помощь и поддержка в решении проблем и преодолении трудностей;
- Устойчивые социальные связи, значимые для подростка и, прежде всего, семейные;
- Контроль использования ребенком интернет-ресурсов.

Направления работы педагогов-психологов и социальных педагогов по профилактике депрессии и суицидов

1. Провести с ребенком работу по снятию негативных эмоций, которые у него копятся;
2. Помочь подростку разобраться в своих чувствах и отношениях;
3. Обучить социальным навыкам и умениям преодоления стресса;
4. Оказать подростку социальную поддержку с помощью включения семьи, учебного заведения, друзей и пр.;
5. При необходимости включить подростка в группу социально-психологического тренинга;
6. Провести психокоррекционные занятия по повышению самооценки подростка, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Как вести себя с суицидальными учащимися в школе

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием к проведению ряда следующих мероприятий:

1. Информирование родственников подростка о суицидальной опасности или действиях;
2. Обеспечение непрерывного наблюдения за подростком как в школе, так и в семье;
3. Привлечение для консультации детского психиатра или психотерапевта (с согласия родителей или официальных опекунов).

Особенности коммуникации:

- сохранять понимающую и вежливую позицию;
- дать необходимые объяснения чувствам и поведения человека в кризисе;
- принять то, что мы не всегда можем предупредить суицид;
- принять то, что суицид – это не игра и не беспомощная попытка привлечь к себе внимание; иначе говоря, к суициду нужно относиться серьезно;
- говорить с подростком о его чувствах, иначе его изоляция усиливается;
- учиться справляться с собственными страхами, в том числе через осмысление предмета и осознание его значения для себя;
- избегать моральных оценок и директивного тона в беседе;
- проявлять уважение к мнению и ценностям собеседника;
- избегать невыполнимых обязательств;
- иметь в себе мужество задавать нужные вопросы (максимально конкретные);
- избегать принятия решений вместо подростка-суицидента.

При контакте с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.

Часто подростки высказывают свою удовлетворенность беседой, что усыпляет бдительность окружающих. Следует помнить, что суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов.

В конце беседы следует проигрывать поведение подростка в будущих кризисных ситуациях или неразрешенной текущей.

Если вы чувствуете, что подросток находится в стадии риска, самое лучшее, что вы можете сделать для себя, это не заниматься этим один на один. Пусть в это будут вовлечены другие люди (родители, родственники, специалисты службы охраны психического здоровья – детские психиатры, психотерапевты, психологи).

Госпитализация в стационар показана:

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

Основные задачи профилактики суицидов в учреждениях образования

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование более близких отношений с детьми и подростками путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;
- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства – токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
- формирование позитивных потребностей;
- развитие способности любить и быть любимыми;
- формирование умения себя занять и трудиться;
- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание);
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: кружки по интересам и спортивные секции, экскурсии и турпоходы, благотворительные акции и т.п.;
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

Роль педагога (классного руководителя) в профилактике суицидального поведения подростков

Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних может быть эффективной только при комплексности и внедрении «командного стиля» работы; педагог может быть организатором или активно участвовать во многих мероприятиях, прямо или косвенно направленных на профилактику суицидального риска. Наряду с этим учитель (классный руководитель) как человек, который общается с подростком регулярно, может непосредственно повлиять на позитивное разрешение трудной для подростка ситуации:

- Если вы увидели хоть один из признаков, свидетельствующих о надвигающейся угрозе риска для подростка – это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание ученику и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию.
- Обратитесь к школьному психологу или к другим специалистам за помощью.
- Если Вы классный руководитель, свяжитесь с родителями ребенка и поделитесь своими наблюдениями.

Доверительное общение как «фактор защиты»

Очень часто подростки испытывают сильное чувство одиночества, отчуждения. С одной стороны, им кажется, что никто их не понимает, с другой стороны, они страдают от невозможности поделиться своими переживаниями, своим душевным смятением. В таких ситуациях подростки не настроены принимать советы, они гораздо больше нуждаются в обсуждении, проговаривании своей боли, им бывает трудно сосредоточиться на чем-то, кроме ощущения своей потерянности, безысходности ситуации. Если Вы вызовете подростка на откровенный разговор, если он решит с Вами поделиться, выслушивайте его особенно внимательно, когда он выражает свои чувства, будь то печаль, вина, страх или гнев. Не спорьте с подростком, а задавайте вопросы, давая возможность выговориться. Вместе с тем не только спрашивайте, но и сами честно высказывайте свои мысли, чувства, переживания. Будьте для него хорошим слушателем и собеседником!

Формирование жизнестойкости и повышение ценности жизни

Педагог может сотрудничать с психологом, содействуя развитию у подростков устойчивости к трудным жизненным ситуациям. Это может осуществляться за счет обсуждения реальных трудных ситуаций, происходящих с подростками, различных литературных сюжетов и т.п. Акцент ставится на способы поведения в трудных ситуациях, вариантах разрешения проблемы. Могут быть проведены специальные тренинговые внеурочные занятия, направленные на развитие навыков преодоления трудных ситуаций. Наряду с этим педагог должен быть готов в любой момент информировать подростков о способах получения помощи в трудных ситуациях и о специалистах, которые могут оказать такую помощь.

5. ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ И РЕСУРСЫ

ЭТО ПОЛЕЗНО ЗНАТЬ!

**Экстренная психологическая помощь в России
для детей, подростков и их родителей: 8-800-2000-122.**

Полезные ресурсы:

- Телефон доверия для детей, подростков и родителей <http://telefon-doveria.ru/>
- Дети России ОНЛАЙН <http://detionline.com/>
- Я — родитель <http://www.ya-roditel.ru/>
- Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <http://fond-detyam.ru/>
- Информационный портал о всех видах зависимостей, связанных с компьютерными и мобильными устройствами. URL: <http://netaddiction.ru>
- Всероссийский семинар «Профилактика суицидального поведения детей и подростков, связанного с влиянием сети Интернет»: <http://www.fcprc.ru/training/webinars/12-17/program>
- Типовые сценарии педагогического совета и родительского собрания: «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков», Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центр защиты прав и интересов детей» <http://fcprc.ru/news/profilaktika-internet-riskov-i-ugroz-zhizni-detej-i-podrostkov>
- Информационно-аналитический журнал «Дети в информационном обществе» (в рамках Года безопасного Интернета в России) <http://www.fid.su/projects/journal>
- Специализированные страницы сайта ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»: «ПОДДЕРЖКА ДЕТСТВА», «ТВОЕ ПРАВО», «ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ», «ЦЕННОСТЬ ЖИЗНИ»: <http://www.fcprc.ru>
- Научно-методический журнал «Образование личности»: <http://www.ol-journal.ru>
- Учебно-методический журнал «Профилактика зависимостей»: <http://профилактика-зависимостей.рф>

Литература по теме:

- *Артамонова Е.Г.* Подростки «цифрового поколения»: штрихи к портрету // Образование личности. 2017. № 4. С 28-34.
- *Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Калинина Н.В.* Организация Всероссийского педагогического совета «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков» // Образование личности. 2017. № 2. С. 12-27.
- *Артамонова Е.Г., Ефимова О.И., Калинина Н.В.* Организация Всероссийского родительского собрания «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков» // Образование личности. 2017. № 2. С. 28-48.
- *Астапов В.М.* Обучение и воспитание детей «группы риска». М., 1996.
- *Банников Г.С. Кошкин К.А.* Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) // Медицинская психология в России. 2013. №2 (19). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_2_19/nomer/nomer18.php
- *Бородаева Л.Г., Попова И.И.* Особенности профилактики компьютерной зависимости подростков // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации. материалы всероссийской научно-практической конференции (заочной) с международным участием / Отв. ред. А.Ю. Нагорнова: Ульяновск, 2016, С. 246-249.
- Воспитание глобальной гражданственности — подготовка учащихся к вызовам XXI века», ЮНЕСКО, 2014 г. URL: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227729e.pdf>
- *Вроно Е.М.* Поймите своего ребенка. М.: Дрофа, 2002. URL: http://pedlib.ru/Books/6/0236/6_0236-1.shtml
- *Гиппенрейтер Ю.Б.* Общаться с ребенком. Как? Москва; 2003. URL: <http://umka.pw/Nachal/gippenreyter.pdf>
- *С.А. Изумнов, И.А. Никифоров, Г.П. Костюк [и др.].* Диагностика, профилактика и психотерапия суицидальных и аутоагрессивных форм поведения: учебное пособие/ М.: ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства», 2017. - 82 с.
- Единый урок безопасности // Дети в информационном обществе. 2017. № 4(26). Специальный выпуск. URL: <http://detionline.com/journal/numbers/26>
- *Есенкожа Е.М., Касен Г.А.* Психолого-педагогическая профилактика интернет-аддикций на основе формирования медиаграмотности учащихся подростковых классов» // Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе / Материалы международной студенческой научно-практической конференции / Отв.ред. Л.К. Тропина. Екатеринбург, 2015. С. 323-352.

➤ *Ефимова О.И., Салахова В.Б., Сероштанова Н.В.* «Спасти от пропасти», или Научно-прикладные аспекты изучения суицидальной активности несовершеннолетних: моногр. Ульяновск: УлГУ, 2017.

➤ *Завалишина О.В.* Моделирование процесса педагогической поддержки подростков, склонных к проявлению интернет-зависимости // Научный журнал КубГАУ, №70(06), 2011. URL: <http://ej.kubagro.ru/2011/06/pdf/11.pdf>

➤ *Зарецкий В.В., Булатников А.Н.* Профилактическая деятельность как фактор формирования здорового стиля жизни. Учебно-методическое пособие. М.: Изд-во АКАДЕМИА, АПКиППРО, 2011.

➤ *Идובהва О.А., Подольский А.И., Ефимова О.И., Салахова В.Б.* Делинквентная личность: методологические подходы к изучению и эмпирические данные: моногр. Ульяновск: РИО УлГУ, 2017.

➤ Информационно-просветительском интернет-портале «Homo Cyberus» (<http://www.homocyberus.ru>)

➤ *Калинина Н.В.* Профилактика рисков интернет-активности обучающихся: субъект-порождающее взаимодействие. // Образование личности. 2017. № 1. С. 12-17.

➤ *Кон И.* Что такое буллинг и как с ним бороться // Семья и школа. 2006. №11. С. 15-18.

➤ *Лейн Д.А.* Школьная травля (буллинг). Электронный ресурс. Режим доступа: URL: [http:// www.supporter.ru/docs/1056635892/bulling.doc](http://www.supporter.ru/docs/1056635892/bulling.doc) (дата обращения: 09.10.2010).

➤ *Копова А.С.* Программа коррекции агрессивного поведения подростков посредством педагогического взаимодействия // Педагогическая наука и образование в России и за рубежом: региональные, глобальные и информационные аспекты. 2002. № 1. С. 15-27.

➤ *Моховиков А.Н.* Телефонное консультирование. М.: Смысл, 2001. 2-е издание, переработанное и дополненное.

➤ *Мудрик А.В.* Воспитательные ресурсы Интернета // Вестник Костромского государственного университета имени Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2008. – N 4. – С. 37–39.

➤ *Плешаков В.А.* Киберсоциализация человека: от Homo Sapiens'а до Homo Cyberus'а: Монография. – М.: МПГУ, «Прометей», 2012. – 212 с.

➤ *Салахова В.Б., Ощепков А.А.* От делинквентного подростка к осужденному: моногр. Ульяновск – Москва: РИО УлГУ, 2017.

➤ Сборник памяток для администрации, педагогов (классных руководителей) образовательных организаций города Москвы по профилактике суицидального

поведения среди обучающихся / Под ред. Вихристюк О.В. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015:

➤ Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / Под ред. Вихристюк О.В. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015.

➤ *Якиманская И.С.* Личностно-ориентированное обучение в современной школе. Москва: Сентябрь, 1996.

По указанным ссылкам можно ознакомиться с конкретными методическими рекомендациями и программами по обеспечению психологической безопасности в детско-подростковой среде. На странице ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» <http://www.fcprc.ru> представлен конкретный информационно-методический и научно-аналитический материал по заявленной проблематике, который поможет получить новые знания и обогатить практический инструментарий в работе с детьми и подростками в общеобразовательных организациях.

6. ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. пациента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства		
Изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
Расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
Меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
Действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Никому не сообщал и не контактировал
Предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
Суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии
Самоотчет		
Летальность	0	Считал, что действие не приведет к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно

Декларируемые намерения	0	Не хотел умирать
	1	Не уверен
	2	Хотел умирать
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 часа
	2	Обдумывал менее 1 дня
	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределенная или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив
Медицинский риск		
Прогнозируемый исход	0	Определенно выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределенно
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = 'сумма баллов подшкалы обстоятельств' =

Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = 'сумма баллов подшкалы самоотчета' =

Пункты (11 + 12) = 'сумма баллов подшкалы медицинского риска' = Общая сумма баллов

0 – 3 = Низкий уровень интенций;

4 – 10 = Средний уровень интенций;

Более 10 = Высокий уровень интенций

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом.

Шкала суицидальных мыслей
(Suicide Scale for Ideators, A.T. Beck, 1979).

- оценивается состояние пациента, укладывающееся в промежуток времени приблизительно равный 1 неделе до момента интервью;
- при необходимости пациенту перечисляются возможные варианты ответов;
- при неприменимости ни одного из вариантов ответа вводим «Х»;
- возможно использование информации, полученной от родственников, врачей, медицинского персонала и из медицинской документации.

I. Характеристики отношения к жизни/смерти	
«Не могли бы Вы оценить силу своего желания жить?»	1. Желание жить 0. От умеренного до сильного 1. Слабое 2. Отсутствует
«Если Вас посещали мысли о смерти, не могли бы Вы оценить силу своего желания умереть?»	2. Желание умереть 0. Отсутствует 1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Если бы Вы взвесили имеющиеся у Вас основания для продолжения жизни и для ее прекращения, какие бы из них перевесили?»	3. Основания к жизни/смерти 0. Основания к жизни перевешивают основания к смерти 1. Приблизительно равны 2. Основания к смерти перевешивают основания к жизни
«Думали ли Вы о том, чтобы нанести себе вред или покончить с собой? Если да, оцените, пожалуйста, силу желания совершить этот поступок»	4. Желание совершить "активную" суицидальную попытку 0. Отсутствует 1. Слабое 2. От умеренного до сильного
«Может быть, Вам приходилось ранее находиться в ситуации,	5. «Пассивная» суицидальная попытка 0. Предпринял бы предосторожности для

связанной с повышенным риском для Вашей жизни или здоровья (тяжелая болезнь, угрожающее поведение других людей, напряженное уличное движение и т.п.)? Если нет, не могли бы Вы представить себя в такой ситуации? Находясь в такой ситуации, как бы Вы себя повели?» Перечислить пациенту возможные варианты поведения.	спасения жизни 1. Предоставил бы меры решение о жизни/смерти на волю случая (например: неосмотрительно переходить улицу с интенсивным движением) 2. Попытался бы избежать действий, необходимых для спасения или поддержания жизни (например: диабетик прекращает инъекции инсулина)
II. Характеристики суицидальных мыслей/желаний	
«Вы говорили о том, что у Вас бывают периоды, когда Вас посещают мысли или фантазии (визуальные образы) о нанесении себе вреда или самоубийстве. Не могли бы Вы уточнить, какова примерная длительность каждого из этих периодов?»	6. Время: длительность суицидальных мыслей 0. Короткие, преходящие периоды (секунды – минуты) 1. Более длительные периоды (часы – дни) 2. Продолжительные (хронические) или почти хронические периоды (думает об этом почти постоянно)
Продолжаем предыдущий вопрос: «Какова примерная частота таких периодов?»	7. Время: частота суицидальных мыслей 0. Изредка, от случая к случаю (1-2 р/нед) 1. Интермиттирующие (3-4 р/нед) 2. Постоянные или продолжительные (большинство дней в неделю)
«Каково Ваше отношение к мыслям (фантазиям) о нанесении себе вреда или самоубийстве?»	8. Отношение к суицидальным мыслям/желаниям 0. Отвержение мыслей 1. Безразличное, двойственное 2. Принятие мыслей
«Считаете ли Вы, что Вы сохраняете способность	9. Контроль над суицидальными и импульсивными

контролировать свои побуждения нанести себе вред?»	действиями/желаниями 0. Имеет ощущение контроля 1. Не уверен в способности контролировать себя 2. Нет ощущения контроля
«Существуют ли люди, обязательства, другие вещи и обстоятельства, которые удерживают Вас от самоубийства или нанесения себе вреда?»	10. Факторы, удерживающие от активной попытки (пример: семья, религия, возможность серьезного повреждения при «неудачной» попытке; необратимость последствий) 0. Не предпринял бы суицидальную попытку вследствие наличия удерживающих факторов 1. Некоторые сомнения относительно удерживающих факторов 2. Минимальные или отсутствующие указания на удерживающие факторы Отметить удерживающие факторы, если они есть
«Как Вы думаете, каковы приблизительные причины возможного самоповреждения или самоубийства?»	11. Причины планируемой попытки 0. Влияние на кого-то из близких, привлечение внимания, месть 1. Комбинация «0» и «2» 2. Уход, отказ от жизни, решение проблем
III. Характеристики планируемой попытки	
«Если у Вас были мысли о самоубийстве или самоповреждении, может быть, Вы обдумывали и способ этого поступка?»	12. Способ: особенности/планирование 0. Не обдумывал 1. Обдумывал, но не прорабатывал детально 2. Детально обдумывал, план хорошо сформулирован
Если доступность средств самоповреждения не очевидна из	13. Способ: доступность/возможность применения

обстоятельств жизни пациента и беседы с ним, возможен вопрос: «Как Вы собираетесь осуществить планируемый поступок?»	0. Способ не доступен; возможность применения отсутствует 1. Способ занял бы время/усилия; возможность применения сомнительна 2а. Способ доступен, возможность применения реальна 2б. Предполагается доступность способа и возможность применения в будущем
«Ощущаете ли Вы себя действительно способным нанести себе вред или покончить с собой?»	14. Ощущение «способности» совершить попытку 0. Не хватает «мужества», слишком «слаб», «труслив», «некомпетентен» 1. Нет полной уверенности в «мужестве» и компетенции 2. Уверен в своей компетенции, способности
«Как Вы думаете, Вы все-таки осуществите этот поступок (самоубийство или самоповреждение)?»	15. Ожидание/предвидение актуальной попытки 0. Не ожидает 1. Сомневается, не уверен 2. Ожидает
IV. Актуализация предполагаемой попытки	
«Предприняли ли Вы конкретные действия по подготовке к самоубийству или самоповреждению?»	16. Реальная подготовка 0. Никакой подготовки 1. Частичная подготовка (пример: начал собирать таблетки) 2. Полная подготовка (пример: подготовил таблетки; лезвие; заряженное оружие)
«Думали ли Вы написать прощальную записку? Кому она адресована (или могла бы быть адресована)?»	17. Суицидальная записка 0. Не писал 1. Начал, но не закончил; только думал об этом 2. Написал
«Предприняли ли Вы какие-то шаги в предвидении возможной	18. Последние действия в предвидении смерти (пример: страховка,

смерти, например, написали завещание, раздали долги, подарки, попросились с кем-либо?»	завещание, подарки) 0. Не делал 1. Думал об этом или сделал некоторые приготовления 2. Имеет четкие, определенные планы или завершённые приготовления
Интервьюер оценивает степень открытости пациента, анализируя его ответы и объективные данные о состоянии пациента и его анамнез.	19.Обман/сокрытие планируемой попытки (имеется в виду раскрытие суицидальных мыслей клиницисту, проводящему интервью) 0. Открыто высказывает суицидальные мысли 1. После того, как высказал суицидальные мысли, забирает свои слова обратно 2. Пытается скрывать, лгать, диссимулировать
V. «Фоновые» факторы	
	Пункты 20 и 21 не включаются в общее количество баллов
«Предпринимали ли Вы ранее попытки самоубийства или самоповреждения? Сколько раз это было?»	20.Предыдущие суицидальные попытки 0. Не было 1. Одна 2. Более одной
Интервьюер составляет приблизительное представление о тяжести последнего парасуицида, анализируя его обстоятельства по шкале SIS.	21.Стремление к смерти в последней попытке (если «неприменимо», введите «X») 0. Низкое 1. Умеренное, амбивалентное 2. Высокое

Шкала безнадежности
(Hopelessness Scale, A.Beck et al. 1974)

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

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Все, что я вижу впереди, – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего

			действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в свое будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределенным
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждет больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

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

Интерпретация

Максимальный счет – 20 баллов

0-3 балла – безнадежность не выявлена;

4-8 баллов – безнадежность легкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжелая.

**Методические материалы
для педагогов-психологов и педагогов по соблюдению этики к доверенной
им ребенком информации о совершенном в отношении него насилии,
в том числе сексуальном насилии, об испытываемых им страхах, переживаниях**

Благополучие и интересы детей – неоспоримые и основополагающие ценности, признанные международными и российскими правовыми нормами. Ими руководствуются все специалисты, работающие с детьми¹, в том числе педагоги и педагоги-психологи.

Профилактика насилия в отношении детей и предупреждения преступных деяний против половой неприкосновенности несовершеннолетних регулируется Конвенцией Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального насилия², Стратегией комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года³, Федеральным законом об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации⁴ и другими нормативными документами.

Основой профессиональной деятельности педагогов-психологов и педагогов являются этические принципы, зафиксированные в Этическом кодексе психолога⁵ и Примерном положении о нормах профессиональной этики педагогических работников⁶.

Соблюдение этих принципов обеспечивает профессиональную качественную работу специалиста и ответственность за ее результаты, уважение к личности ребенка и его родителей (законных представителей), добровольность участия обучающегося в психологических мероприятиях.

¹ Под терминами «дети», «ребенок» в соответствии с международными нормами понимаются дети и подростки до 18 лет.

² Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуального насилия [Электронный ресурс] URL: <https://rm.coe.int/168046e1da>

³ Указ Президента Российской Федерации от 17 мая 2023 г. N 358 «О Стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года»

⁴ Федеральный закон от 27 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»

⁵ Этический кодекс психолога Российского психологического сообщества. [Электронный ресурс] // Российское психологическое общество [сайт]. URL: <https://psygus.ru/rpo/documentation/ethics.php>

⁶ Письмо Минпросвещения России, Профсоюза работников народного образования и науки Российской Федерации от 20 августа 2019 г. № ИП-941/06/484 «О примерном положении о нормах профессиональной этики педагогических работников» [Электронный ресурс]. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс»

К важнейшим профессиональным этическим принципам педагога, педагога-психолога относится ***принцип конфиденциальности*** – обязательство не разглашать информацию, ставшую известной в результате профессиональной работы с ребенком.

Однако из этого строгого правила есть исключения, если речь идет об информации о совершенном в отношении ребенка насилии. Сведения о насильственных действиях, в результате которых пострадал ребенок, могут быть сообщены педагогу-психологу или педагогу самим ребенком.

В этом случае признанным специалистами разных стран, первостепенным и ***преобладающим над принципом конфиденциальности становится принцип обеспечения безопасности и благополучия ребенка.***

Такое обеспечение возможно лишь на основе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия, что делает невозможной абсолютную конфиденциальность информации о насилии.

Если речь идет о насилии, в том числе сексуальном, совершенном вне семьи (например, в результате нападения на ребенка), то информация должна быть незамедлительно передана педагогом-психологом руководителю образовательной организации и родителям (законным представителям) ребенка.

Обращение в правоохранительные органы, в данном случае, является правом и обязанностью родителей (законных представителей) пострадавшего ребенка, и образовательная организация должна поддержать их в этом, обеспечив ребенку и его семье профессиональное психологическое сопровождение.

Если же родители (законные представители) отказываются от такого обращения, образовательная организация должна самостоятельно сообщить о факте насилия в правоохранительные органы и органы опеки. Последний случай является конфликтным с точки зрения отношений между образовательной организацией и семьей, важно, чтобы при этом не страдали интересы ребенка.

Педагогу-психологу рекомендуется провести тщательную разъяснительную работу с родителями (законными представителями) о необходимости взаимодействия с правоохранительными органами и защиты их ребенка.

При необходимости в случае возбуждения уголовного дела и при возникновении неблагоприятных последствий семья может воспользоваться гарантиями защиты потерпевших от преступлений, предусмотренных соответствующим законом.

При первичной беседе, в которой ребенок сообщает о совершенном в отношении него насилии, педагог-психолог или педагог выясняет обстоятельства происшедшего (описание ситуации, ее участников, места, времени и длительности и т.п.).

При этом важно обратить специальное внимание на эмоциональное состояние пострадавшего и его переживания. Ребенок может испытывать чувства стеснения (особенно, если насилие имело сексуальный характер), страха, стыда, горя.

Педагог-психолог или педагог должен успокоить ребенка, при необходимости применяя для этого специальные техники (например, диафрагмальное дыхание), дать ему почувствовать поддержку и защищенность.

Следует выяснить, знает ли о происшедшем с ребенком кто-либо еще, а также кто из близких может его поддержать. В случае, если ребенок не хотел бы дальнейшей передачи информации о насилии кому-либо, в процессе беседы педагогу-психологу нужно убедить ребенка в том, что сообщенные им сведения не могут оставаться тайной от тех людей, которые обязаны его защитить, и рассказать ему о том, каким будет дальнейший процесс работы с ней сотрудников образовательной организации.

В то же время следует заверить ребенка, что передача этой информации будет ограничена лишь его родителями (законными представителями) и теми специалистами, которые будут профессионально заниматься делом о совершенном в отношении него насилии.

Тем не менее, если ребенок просит не передавать никому сообщение о случившемся, возникающий конфликт не только с принципом конфиденциальности, но и добровольности решается все же в пользу обеспечения безопасности и благополучия ребенка.

Особой может быть ситуация, когда насилие в отношении ребенка совершается в стенах образовательной организации (сотрудниками или обучающимися), и ребенок сообщает о нем педагогу-психологу или педагогу.

В некоторых случаях руководство организации не заинтересовано в том, чтобы такая информация выходила за пределы учреждения. Противоречащие этому действия педагога-психолога могут привести к конфликту с непосредственными руководителями. Тем не менее, в данном случае важен этический принцип **независимости действий** педагога-психолога от руководства организации в целях реализации принципа обеспечения безопасности и благополучия ребенка. В противном случае педагог-психолог становится частью системы, подрывающей этот принцип.

Сложной является ситуация, если ребенок сообщает педагогу-психологу о насилии, совершенном в отношении него в семье. В этом случае информация также должна быть доведена до руководителя образовательной организации, который информирует правоохранительные органы и органы опеки и попечительства, комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее – КДН и ЗП), но не родителей (законных представителей) ребенка. Вопрос о безопасности дальнейшего пребывания ребенка в семье решается органами опеки и попечительства.

Важно найти невиновного в насилии члена семьи, который мог бы поддержать ребенка. Если такового нет, то возможно привлечение к решению вопроса о временном размещении ребенка вне семьи у отдельно проживающих родственников, которые могут обеспечить его безопасность.

Если ситуация все же продолжает содержать угрозу для благополучия ребенка, он может быть направлен для проживания в организацию социальной защиты.

В ряде случаев для оказания медицинской помощи, а также подтверждения факта насилия ребенку требуется обследование в организации здравоохранения. Сопровождение ребенка при этом может быть обеспечено сотрудниками образовательной организации, опеки и попечительства или организации социальной

защиты. Координацию межведомственных действий по защите ребенка и обеспечению его прав и интересов может взять на себя КДН и ЗП.

При беседе педагога-психолога с ребенком, сообщившем о насилии (в том числе сексуальном), совершенном в отношении него членом семьи, необходимо выяснить, знает ли об этом какой-либо другой член семьи, и если да, то какую позицию он занимает.

Важно определить, существует ли для ребенка поддержка внутри семьи и сможет ли он в ней проживать, если непосредственная угроза для него будет устранена.

В любом случае передача информации о насилии в правоохранительные органы, возбуждение уголовного дела и/или помещение ребенка в учреждение социальной защиты существенно изменяет его семейную ситуацию, отношения с членами семьи.

Наряду с облегчением в связи с прекращением насилия или его угрозы возможно переживание ребенком конфликта лояльности, если он все же был привязан к виновному члену семьи, чувство собственной вины в произошедшем, неопределенности развития ситуации в целом.

Задача педагога-психолога – ободрить ребенка, помочь устранить переживания самообвинения и установить конструктивные отношения с поддерживающим членом семьи. В случае конфронтации ребенка с семьей педагог-психолог в сотрудничестве с психологами организации социальной защиты, в которую будет помещен ребенок, должен обеспечить его психологическое сопровождение в трудной жизненной ситуации.

В процессе беседы педагога-психолога с ребенком, сообщающим о факте совершенного в отношении него насилия, естественно проявление эмпатии и сочувствия к ребенку. Однако следует иметь в виду, что в некоторых, относительно редких случаях, со стороны ребенка возможен оговор какого-либо конкретного лица в силу неприязни к нему или иной мотивации (например, желания привлечь к себе внимание, шантажа и т.п.).

Со случаями оговора приходится иногда встречаться в случаях развода родителей (законных представителей), когда один из них пытается добиться преимущества или отомстить бывшему супругу посредством ложных обвинений в насилии с помощью самого ребенка. В то же время в функции педагога-психолога не входит расследование преступлений, поэтому при передаче информации по описанным выше каналам ему следует ограничиться описанием ситуации и своих комментариев о состоянии и поведении ребенка при сообщении соответствующих сведений.

Принцип конфиденциальности относительно информации о насилии, совершенном в отношении ребенка, обеспечивается тем, что состав сотрудников образовательной организации, осведомленных о ней, ограничен лишь теми, кто имеет непосредственное отношение к оказанию ребенку помощи и его психолого-педагогическому сопровождению.

Круг этих лиц может включать руководителя организации, педагога-психолога, классного руководителя, социального педагога, образующих одновременно консилиум по решению проблем ребенка в пределах компетенции образовательной организации.

Если сведения о совершенном насилии, по независящим от этих специалистов причинам, стали известными более широкому сообществу, в том числе другим обучающимся, то членам консилиума рекомендуется проведение с ними беседы профилактического характера, направленной на предупреждение неблагоприятных последствий раскрытия этой информации для пострадавшего ребенка, а также аналогичных случаев с другими детьми.

Во всех описанных случаях получения от ребенка информации о совершенном в отношении него насилии одним из наиболее важных для педагогов и педагогов-психологов является этический ***принцип профессионализма***.

От того, насколько профессионально и компетентно они будут решать сложные проблемы пострадавшего от насилия ребенка, зависят его безопасность и благополучие в будущем.