КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Институт развития образования
Кафедра психологии

Методические рекомендации

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Санкт-Петербург
2021

ББК

А в т о р :

А.И. Копытин, доктор медицинских наук,

профессор кафедры психологии СПб АППО

Копытин А.И.

Основные направления профилактики суицидального поведения подростков. Методические рекомендации

– СПб.: СПбАППО, 2021. – 36 с.

Издание раскрывает методические вопросы, связанные с задачами профилактики и борьбы с суицидальным поведением подростков. Дается характеристика психологии суицидального поведения с точки зрения клинических представлений и особенностей возрастной психологии и характеристик различных личностных психотипов. Поясняются методические подходы к организации и проведению мероприятий, связанных с профилактикой суицидального поведения подростков.

Пособие предназначено для классных руководителей, кураторов и мастеров производственного обучения.

© СПб АППО, 2021

© Автор, 2021

Содержание

1. ВВЕДЕНИЕ…….
2. ФАКТОРЫ РИСКА И МАРКЕРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ……
2.1. Биологические факторы риска суицидального поведения……
2.2. Психологические факторы риска суицидального поведения……
2.3. Социальные детерминанты суицидального поведения…….
2.4. Показатели суицидального риска детей и подростков……
2.5. Признаки депрессии у детей и подростков……..
3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ С ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ……..
3.1. Модели работы…….
3.2. Формы и методы работы……..
3.3. Рекомендации для педагогов по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних……
3.4. Правила организации профилактики суицида среди обучающихся……
3.5. Уровни профилактики суицида в образовательной среде……
ЛИТЕРАТУРА……..

1. ВВЕДЕНИЕ

Одной из важных задач деятельности образовательных организаций является выявление несовершеннолетних «групп риска», а также оказание психологической и педагогической помощи несовершеннолетним, находящимся в социально опасном положении, которые являются потенциально склонными к саморазрушающему поведению. Приказ Министерства образования и науки РФ от 28 декабря 2010 г. № 2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся воспитанников» предполагает наличие знаний и умений педагогов по вопросам здоровьесбережения учащихся.

Из Письма Министерства образования и науки РФ от 27.02.1012 г. № 06-357 «О мерах по профилактике суицидального поведения обучающихся» следует, что образовательные организации должны систематически осуществлять повышение квалификации педагогических работников и руководителей образовательных учреждений по вопросам оказания психолого-педагогической помощи учащимся, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, а также заниматься профилактикой суицидального поведения обучающихся.

К сожалению, суицидальные попытки среди подростков сегодня случаются, причем, более часто, чем в предыдущие годы. Наша страна занимает лидирующие места в мире по показателям суицидальной активности среди подростков. 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.

Суициды классифицируются как аффективные, демонстративно-шантажные и истинные. В последние годы также широкое распространение получил термин «несуицидальные самоповреждения» или «несуицидальное самоповреждающее поведение» (НСП) (*non-suicidal self-injury)*, позволяющее разграничить истинные суициды от такого поведения, которое не имеет целью уход из жизни, но предполагает нанесение себе телесного вреда, социально не приемлемое по своему характеру и производимое с целью уменьшить и/или справиться с психологическим напряжением. Такие

действия осуществляются не с намерением уйти из жизни, а представляют собой дисфункциональную попытку решения определенных внутри- или межличностных проблем человека, являясь по своей сути, социальным поведением, хотя и дезадаптивным по форме осуществления. НСП особенно распространено и продолжает активно распространяться в подростковой среде.

Так называемый «истинный суицид» отличается осознанностью принятого решения и совершения планомерных действий к его реализации. В каждом случае есть событие, являющееся пусковым механизмом реализации суицидального намерения, и есть поведенческие маркеры, свидетельствующие о намерении уйти из жизни. Профилактика самоубийств (суицида) – своевременное диагностирование и соответствующее лечение, активная эмоциональная поддержка человека, находящегося в кризисной ситуации, состоянии депрессии, поощрение его положительной направленности с целью улучшения его состояния в сложной жизненной ситуации.

Более высокие показатели как истинных суицидов, так и НСП среди подростков по сравнению с другими возрастными группами связаны с повышенной вероятностью развития кризисных состояний, обусловленных комплексом биологических, психологических и социальных факторов риска, появляющихся именно в подростковом возрасте. Хотя кризисные состояния сопровождают человека всю жизнь, в возрастной психологии в качестве нормативных определены возрастные кризисы, возникающие в определенные периоды жизни человека. Как правило, они связаны с новой ситуацией развития: новорожденность, проявление первой самостоятельности («я сам»), переход из детского сада в школу и т.д.

Общей основой развития таких возрастных нормативных кризисов являются обостряющиеся противоречия между ожиданиями (желаниями) личности и ее возможностями, что, как правило, сопровождает качественные изменения психики. Наряду с возрастными выделяются также личностные кризисы, обусловленные индивидуальными особенностями личности, в частности, особенностями ее реагирования на стрессовые ситуации, особенностями системы отношений и самоотношения. Именно в подростковом возрасте возникает повышенный риск декомпенсации механизмов психологической и социальной регуляции, возникающих на фоне стремительной перестройки всей системы отношений индивида и соответственно развития кризисных состояний.

Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения среди подростков является такой задачей, которая требует участия разных служб

и специалистов – детско-подростковых врачей-психиатров, педагогов-психологов, педагогов, воспитателей, специалистов по социальной работе и др. Такая работа также невозможна без участия семьи. Работникам образовательных организаций принадлежит очень важная роль в выявлении и профилактике суицидального и самоповреждающего поведения. Без целенаправленной и согласованной работы сотрудников образовательных организаций, медицинских учреждений и социальных служб, семьи невозможно эффективное решение этой масштабной задачи.

В методическом пособии раскрывается сущность и особенности суицидального поведения подростков. Дается характеристика психологии суицидентов с точки зрения представлений возрастной и клинической психологии и различных личностных психотипов. Поясняются методические подходы к организации и проведению мероприятий, связанных с профилактикой суицидального поведения в подростковой среде с участием сотрудников образовательных организаций. Поясняются методические подходы к организации и проведению мероприятий, связанных с профилактикой суицидального поведения подростков.

2. ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В психологической науке существует термин – «пубертатный суицид». Им обозначают подростковые самоубийства [3,4,5,6,11]. Психологическая организация подростка неустойчива, подростковый возраст характеризуется целым рядом биологических, психологических и социальных факторов, каждый из которых вносит свою лепту в общую картину его протекания. Подростковый возраст – это переходное состояние, начало которого ознаменовано половым созреванием, а конец – приобретением независимости от значимых взрослых. При этом наблюдается несоответствие уровня биологического развития индивида его психологическому и социальному уровням. Формирование целого ряда новых психологических и социальных характеристик, смена личностных и социальных приоритетов вызывают значительный уровень стресса. Переживаемый подростком стресс в свою очередь может привести к нарушениям психического здоровья.

2.1. Биологические факторы риска суицидального поведения

Различные отделы мозга, как биологического субстрата психики индивида, созревают, согласно современным нейроанатомическим данным, неравномерно. Вначале созревают отделы, отвечающие за первичные моторные и сенсорные функции, после чего созревают отделы коры более

высокого порядка, отвечающие за операции, при которых интегрируются данные функции и реализуется контроль за ними. В целом филогенетически более древние структуры созревают раньше, чем новейшие отделы коры.

Сочетание несозревшей префронтальной коры (когнитивные функции и контроль) с развитыми и порой чересчур интенсивными эмоциями ослабляют способность подростка осуществлять полноценный когнитивный контроль за своими действиями, просчитывать последствия предпринимаемых действий, адекватно, а не импульсивно реагировать в эмоционально значимых для него ситуациях.

Помимо существенной разницы в темпе созревания различных отделов коры головного мозга, означающей целый ряд сложностей для подростка, связанных, в первую очередь, с контролем своего поведения, подростковый возраст ознаменован началом пубертатного периода. Важнейшими маркерами нейроэндокринологических изменений является выработка половых гормонов и гормонов стресса, прежде всего, кортизола. Половые гормоны не только отвечают за формирование вторичных половых признаков и взросление организма, но и оказывают влияние на общее функционирование мозга, в частности, на развитие лимбической системы, функционирование дофаминэргической и серотонинэргической систем. Кортизол и вся система стресс-реагирования (гипоталамо-гипофизарно-кортикоидная ось), в том числе такие ее компоненты, как кортиколиберин и АКТГ, оказывают влияние на выраженность агрессии и вносят свой вклад в развитие депрессии.

Кроме того, подростковый возраст является таким периодом в жизни человека, когда на фоне нейрогуморальной нестабильности начинают проявляться, дебютируют так называемые эндогенные психические расстройства, включая шизофрению и аффективные психозы – монополярные или биполярные аффективные расстройства, характеризующиеся проявлением депрессивных и маниакальных эпизодов, возникающих даже при относительно благоприятных внешних условиях жизни.

Таким образом, биологические факторы наряду с социальными и психологическими могут определять нестабильность эмоционального состояния подростков разной степени выраженности, объясняют его подверженность частой смене настроения, эмоциональной реактивности, склонности к депрессии и повышенной неконтролируемой импульсивности. Они также дают объяснение рисковому поведению, связанному как с поиском новых ощущений, так и с неэффективностью контроля за собственными действиями, агрессивностью и повышенной тревожностью.

Биологические особенности подросткового периода создают предпосылки для зависимого поведения, злоупотребления психоактивными веществами и риска возникновения суицидальных мыслей и намерений. В том, насколько вероятным будет неблагоприятное развитие, определенное значение имеют психологические и личностные особенности подростков.

2.2. Психологические факторы риска суицидального поведения

Психологические особенности подростков на этапе активного становления их личности и самосознания неразрывно связаны с биологическими особенностями подросткового периода. Эрик Эриксон, разрабатывая свою теорию возрастной периодизации и задач каждого из возрастных периодов, выделял стадию 11–20 лет как ключевую с точки зрения формирования идентичности, отмечая, что именно в этот период индивид характеризуется неустойчивым, противоречивым самовосприятием. Все, что подросток познал о себе и о мире на предыдущих этапах развития и при прохождении более ранних кризисов, должно быть переосмыслено, объединено в единую, более зрелую картину мира и себя в нем.

Только при успешном завершении подросткового периода личность получает ответы на мучительные до этого момента вопросы, а именно на протяжении всего подросткового периода, можно предположить, что личность страдает из-за состояния, которое Эриксон определяет как «диффузию личности». Отсюда – склонность к депрессии, подавленность и частая смена настроения, высокая эмоциональная реактивность и склонность к импульсивно-аффективному поведению, застревание в негативных эмоциональных состояниях в ситуациях значимого эмоционального события, сложный неоднозначный поиск себя и своих пределов, проявляющийся, в частности, в рискованном и девиантном поведении и т.д.

Большую роль в этих сложных исканиях подростка играют интерперсональные аспекты, его взаимоотношения с взрослыми и сверстниками. При отсутствии адекватного контакта со сверстниками и со взрослыми незрелая система психологической саморегуляции подростка дает сбой под воздействием различных психосоциальных стрессоров, среди которых стрессорам, связанным с межличностными отношениями, принадлежит ведущая роль. При этом формируется «туннельное» сознание, когда подросток видит только определенные эмоционально значимые (часто негативно окрашенные) аспекты ситуации, что порой приводит к с трудом проходящему ощущению безвыходности, безнадежности и бесполезности.

Суицидом подросток пытается изменить обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти от травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, добиться помощи и участия, привлечь внимание к своим проблемам. Кроме того, существуют особенности личности, не позволяющие подростку адекватно реагировать на жизненные проблемы, и тем самым, при определенном стечении обстоятельств предрасполагают к суициду. К этим особенностям личности можно отнести следующие:

- неумение найти способы удовлетворения своих потребностей;
- отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкая сопротивляемость стрессу;
- общее отрицательное отношение к авторитетам, миру взрослых (недоверие к тем, кто стремится им помочь (близким, врачам, психологам);
- эмоциональная нестабильность, недостаточное развитие механизмов эмоциональной саморегуляции;
- повышенная внушаемость;
- бескомпромиссность;
- отсутствие навыков конструктивного решения проблемы.

Среди психологических механизмов, формирующих суицидальное поведение подростков, особое значение имеют следующие. Эгоцентризм связан с тем, что все внимание подростка зачастую сконцентрировано на себе самом; когда он попадает в тяжелые жизненные условия, то начинает переживать, страдать, замыкаться в себе. Аутоагрессия и пессимистическая установка усугубляют ситуацию. Кроме того, в подростковом возрасте еще не до конца сформированы (или слабо сформированы) жизненные цели, ценности, установки. При отсутствии таких ценностей и недостатка жизненного опыта идея «уйти из жизни» может стать доминирующей.

Подросткам также свойственны: повышенная впечатлительность и внушаемость, склонность к колебаниям настроения, слабость критических способностей. При переходе к подростковому возрасту возникает повышенная склонность к самоанализу, а при затруднениях в реализации своих потребностей – пессимистическая оценка окружающего и своей личности.

Кроме того, детям и подросткам присуща недостаточно адекватная оценка последствий своих действий. Именно у подростков суицидальное поведение может быть подражательным, так как они копируют образцы поведения, которые видят вокруг себя, (телевидение, Интернет, подростковые субкультуры). Подросткам свойственна повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки.

Психотравмирующая, напряженная межличностная ситуация не всегда является единственной предпосылкой для суицида. Личностные особенности суицидента являют собой вторую составляющую данной ситуации. **Для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:**

- импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость, эксплозивность (взрывчатость);
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления.

Имеется определённая связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. При демонстративном суицидальном поведении 50% подростков оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов, 32% – эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь 18% – представители всех других типов. В большинстве случаев суицидальные посягательства совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов.

Примерно 30% подростков, покончивших с собой и покушавшихся на самоубийство, имеют шизоидные черты характера. Суицидальные действия, совершаемые психастениками, заранее продуманы и рассчитаны на зрителя, как и суицидальные действия сенситивных подростков, которые часто бывают внезапны для окружающих. Наиболее характерно для подростков истероидного типа поверхностные порезы вен, отравление мало-ядовитыми лекарствами. Как правило, они пишут предсмертные записки с указанием места и времени самоубийства, условий, на которых согласны остаться жить. Суицидальное поведение для неустойчивых подростков нехарактерно, но иногда они могут совершить самоубийство под влиянием сильной личности, за компанию. Эмоционально-лабильный тип характеризуется непредсказуемостью возникновения и реализации суицидальных мыслей, хотя чаще всего суицидальные действия «несерьёзный», демонстративный характер. Для гипертимных подростков суицидальное поведение несвойственно [3].

2.3. Социальные детерминанты суицидального поведения

Социальная среда содержит в себе различные факторы риска суицидального поведения. К ним можно отнести сложную, нестабильную ситуацию в обществе, кризис института семьи, дефицит ценностей и смысложизненных ориентаций, социально-политическое напряжение,

характерное для кризисных периодов в развитии общества. Кроме того, подросткам присуща недостаточно адекватная, некритичная оценка многих социальных явлений, имеющих значительный деструктивный потенциал для незрелой личности.

В силу этого, подростки могут быть подвержены образцам разрушительного и самодеструктивного поведения. Суицидальное поведение у подростков может быть подражательным, воспроизводящем те образцы, которые могут быть представлены в СМИ (телевидение, Интернет и др.), подростковых субкультурах. Подросткам свойственна повышенная внушаемость, в силу которой возможны групповые суицидальные попытки.

Еще одной особенностью суицидального поведения подростков является наличие взаимосвязи попыток самоубийств с отклоняющимся, асоциальным поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

Влияние сети Интернет на суицидальное поведение неоднозначно. В сети Интернет существуют как сайты с материалами, которые способствуют осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, так и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. Подростки могут получить практически неограниченную информацию о способах и видах самоубийств, а также имеют возможность найти единомышленников в социальных сетях. Такие сайты подвергаются критике как среди специалистов, так и в средствах массовой информации, в связи с тем, что они могут вызвать эпидемию суицидов и членовредительства. В Интернете появляется всё больше тематических сетевых ресурсов, пропагандирующих самоубийство. Поисковые сервисы при обработке запросов, содержащих слова, которые имеют отношение к суициду, чаще всего выдают ссылки на сайты, пропагандирующие самоубийства.

Вместе с тем, Интернет-среда может оказывать положительное влияние на подростков и молодежь, т.к. многие Интернет-источники помогают снять напряжение, дают выход негативным эмоциям. Кроме того, на некоторых сайтах посетителям рекомендуют обратиться в кризисной ситуации за профессиональной помощью в соответствующие службы.

В последние годы активно обсуждается интерперсональная теория суицида, имеющая непосредственное отношение к социально-психологическим механизмам суицидального поведения. Она рассматривает три важнейших аспекта: 1) потерю чувства социальной принадлежности; 2) восприятие себя как обузы для окружающих и 3) приобретенную способность (навык), характеризующуюся снижением психологического

порога сопротивляемости психосоциальным стрессорам. Частой причиной суицидального поведения становится чувство одиночества как субъективного переживания, характерного для социальной изоляции или социальной отверженности индивида в различных условиях. Это весьма характерное для подростковой среды, объясняет «заразительность» и кластеризацию суицидального поведения в подростковых субкультурах. Принадлежность к тем или иным меньшинствам, особенно сексуальным, также влияет на формирование чувства одиночества и определяется рядом исследователей как фактор риска суицида. Наконец, необходимо упомянуть доступность средств суицида, который также является фактором, провоцирующим суицидальное поведение.

2.4. Показатели суицидального риска детей и подростков

Если подросток серьезно задумал совершить самоубийство, то обычно об этом нетрудно догадаться по ряду характерных признаков, которые можно разделить на три группы: вербальные, поведенческие и ситуационные.

Вербальные признаки:

1. Подросток часто говорит о своем душевном состоянии.
2. Говорит о смерти: «Я собираюсь покончить с собой», «Я не могу так дальше жить».
3. Косвенно намекает о своем намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придется обо мне волноваться».
4. Много шутит на тему самоубийства.
5. Проявляет чрезмерную заинтересованность вопросами смерти.

Поведенческие признаки:

1. Раздает другим личные вещи, приводит в порядок дела.
2. Демонстрирует радикальные перемены в поведении: ест слишком мало или слишком много; пропускает занятия, не выполняет домашнее задание, избегает общения; проявляет раздражительность, угрюмость; находится в подавленном настроении; замыкается от семьи и друзей; чрезмерно деятелен или безразличен к окружающему миру; ощущает попеременно внезапную эйфорию или приступы отчаяния.
3. Проявляет признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.
4. Злоупотребление психоактивными веществами.

Ситуационные признаки:

1. Социальная изоляция.
2. Живет в нестабильном окружении.
3. Ощущает себя жертвой насилия (физического, сексуального, эмоционального).

4. Предпринимал раньше попытки суицида.

5. Самоубийство совершал друг или родственник.

6. Перенес тяжелую потерю (смерть близких, развод родителей).

7. Слишком критично настроен по отношению к себе.

Концепция суицидального поведения А.Г. Амбрумовой – суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта.

Выделяют три категории суицидентов:

– больные с психическими заболеваниями;

– с пограничными нервно-психическими расстройствами;

– практически здоровые в психическом отношении люди.

У всех суицидентов, независимо от диагностической принадлежности, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения подростка в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения.

Субъективным выражением дезадаптации являются психоэмоциональные сдвиги от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, гнева) до клинических синдромов (депрессии, астении и т.п.).

Типы суицида:

1. Демонстративный суицид – это попытка вести диалог. Большинство самоубийц хотели вовсе не умереть, а только обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь.

2. Скрытый суицид – это ситуация, когда человек понимает, что самоубийство – не самый достойный путь решения проблемы, но другого пути найти не может. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни по собственному желанию, а так называемое суицидально обусловленное поведение.

3. Истинный суицид – никогда не бывает спонтанным. Такому суициду всегда предшествует угнетенное настроение, депрессивное состояние, просто мысли об уходе из жизни.

2.5. Признаки депрессии у детей и подростков

В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения как и у взрослых людей способствуют депрессивные состояния. По причинам возникновения клиницисты разделяют эндогенную

и реактивную (психогенную) депрессию. Первая развивается вследствие нарушений нейрогуморальной регуляции, осуществляемой с участием гипоталямо-гипофизарно-надпочечниковой системы, и мало связана с фактором психосоциального стресса. Вторая разновидность депрессий в качестве ведущих причин возникновения имеет психосоциальные стрессоры на фоне сниженных защитно-приспособительных механизмов личности.

Также депрессии дифференцируются по их тяжести. В легких, средних или тяжелых типичных случаях депрессивных состояний у человека отмечаются: пониженное настроение, уменьшение энергичности и падение активности. Снижена способность радоваться, получать удовольствие, интересоваться, сосредоточиваться. Обычным является выраженная усталость даже после минимальных усилий. Обычно нарушен сон и снижен аппетит. Самооценка и уверенность в себе почти всегда снижены, даже при легких формах заболевания. Часто присутствуют мысли о собственной виновности и бесполезности. Пониженное настроение, мало меняющееся день ото дня, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, такими, как потеря интереса к окружающему и утрата ощущений, доставляющих удовольствие, пробуждение по утрам на несколько часов раньше обычного времени, усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность, тревожность, потеря аппетита, похудание и снижение либидо. В зависимости от числа и тяжести симптомов депрессивный эпизод как проявление эндогенной депрессии может классифицироваться как легкий, умеренно выраженный и тяжелый.

Аарон Бек и его коллеги [1,2] в своих трудах рассматривают преимущественно депрессии психогенного характера и предлагает концепцию когнитивной триады, которая описывает мышление человека, находящегося в состоянии депрессии.

Когнитивная триада складывается из трех основных когнитивных паттернов, детерминирующих болезненное, негативное отношение человека к самому себе, собственному будущему и своему текущему опыту. Первый компонент триады связан с негативным отношением человека к собственной персоне. Человек считает себя ущербным, неадекватным, неизлечимо больным или обделенным. Свои неудачи он склонен объяснять якобы имеющимися у него психологическими, нравственными или физическими дефектами. Он убежден, что эти мнимые дефекты сделали его никчемным, никому не нужным существом, он постоянно винит и ругает себя за них.

И наконец, он считает, что лишен всего того, что приносит людям счастье и чувство удовлетворенности.

Вторым компонентом когнитивной триады является склонность к негативной интерпретации своего текущего опыта. Человеку кажется, что окружающий мир предъявляет к нему непомерные требования и/или чинит ему непреодолимые препятствия на пути достижения жизненных целей. В любом опыте взаимодействия со средой ему видятся только поражения и потери.

Третий компонент триады связан с негативным отношением к собственному будущему. Обращая взгляд в будущее, переживающий депрессию человек видит там лишь нескончаемую череду тяжких испытаний и страданий. Он полагает, что ему до конца дней суждено терпеть трудности, разочарования и лишения. Думая о делах, которые ему нужно сделать в ближайшее время, он ждет провала.

Все другие симптомы, входящие в депрессивный синдром, рассматриваются в когнитивной модели как последствия активации вышеназванных негативных паттернов. Нарушения мотивации (например, безволие, отсутствие желаний) можно объяснить искажением когнитивных процессов. Пессимизм и чувство безнадежности парализуют волю. Депрессивный человек нередко видит в себе обузу для окружающих и на основании этого заключает, что всем, в том числе и ему самому, будет лучше, если он умрет.

И наконец, когнитивная модель позволяет объяснить и физические симптомы депрессии. Апатия и упадок сил могут быть результатом убежденности пациента в бесплодности своих начинаний. Пессимистический взгляд на будущее (чувство тщетности) может вызывать психомоторную заторможенность.

3. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ С ПОДРОСТКАМИ И ИХ РОДИТЕЛЯМИ

3.1. Модели работы

Наиболее эффективной в образовательной организации является поуровневая модель психолого-педагогического сопровождения профилактики суицидального поведения обучающихся: «Я сам» – программа самопомощи подростка (уровень личности) и «Равный – равному» – модификация программы современного молодежного краудсорсинга (уровень сверстников), предложенные для работы в письме Департамента

государственной политики в сфере защиты прав детей Минобрнауки РФ от 18 января 2016 г. № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида».

Программа «Я сам» по своей сути представляет индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение подростка и направлена на: предупреждение развития дидактогении; осуществление системы мер, предполагающих разработку комплекса методик обучения детей группы суицидального риска; разработку режима и проведения индивидуальной коррекционной работы с обучающимися группы суицидального риска психологом и классным руководителем; оказание помощи родителям по воспитанию и обучению ребенка. Психолого-педагогическое сопровождение направлено на формирование жизнестойкости несовершеннолетних, тех качеств личности, которые являются общими у эффективно адаптирующихся людей:

а) реальная способность видеть и принимать действительность такой, какая она есть;

б) способность творчески перерабатывать информацию и вырабатывать новые непривычные или неочевидные методы решения проблем. В формировании жизнестойкости немалую роль призваны сыграть учителя гуманитарного цикла, проводящие беседы о смысле бытия, о ценности жизни, о неповторимости каждого мгновения. В качестве возможных форм превенции могут быть предложены уроки – биографии, уроки – примеры, уроки – встречи, уроки – диспуты о смысле жизни, уроки логотерапии, уроки – экскурсии и др.

Разработка и реализация программы индивидуального психологического сопровождения предполагает: установление контакта, оценку возможности суицида, выявление проблемы и при необходимости заключение с подростком «договора о ненанесении себе ущерба и вреда здоровью»; выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, и выработку навыков самоконтроля и самокоррекции в их отношении; коррекцию неадаптивных психологических установок; укрепление личностных ресурсов; расширение сети социальной поддержки путем привлечения к психокоррекционной работе значимых лиц из его окружения (родителей, учителей, сверстников, специалистов и т.д.).

В случае факта совершения суицида (незавершенная попытка суицида) к работе необходимо привлечь узких специалистов (психиатра, психотерапевта), а также выделить «группу риска» травматизации вследствие факта суицида (родители и друзья суицидента, педагоги и др.). Работа может

осуществляться как в групповой, так и в индивидуальной форме. Однако обсуждение интимных причин и поводов, приведших к попытке суицида, следует проводить избирательно. В программе «Я сам» можно выделить два основных направления профилактики – общее профилактическое и кризисное.

Первое направление – общая профилактика, в свою очередь, может включать в себя такие направления работы, как:

1) коррекционно-реабилитационное: развитие саморегуляции; поиск и активизация позитивных ресурсов; снятие мышечных зажимов (освоение методов релаксации); коррекция эмоционально-личностной сферы (снижение тревожности, повышение уверенности в себе, коррекция самооценки и уровня притязаний); овладение способами взаимодействия с самим собой и с окружающим миром; отреагирование переживаний, связанных с психотравмирующей ситуацией; выбор жизненного пути, постановка жизненных целей;

2) определение внутренних и внешних ресурсов подростка, которые служат основой его жизнестойкости и увеличивают вероятность преодоления кризиса.

К внутренним ресурсам относятся: инстинкт самосохранения; уровень развития интеллекта; коммуникативный потенциал; ценные для подростка аспекты его «Я»; позитивный опыт решения проблем. К внешним ресурсам можно отнести: значимых людей, на которых чаще всего полагаются суициденты, чтобы чувствовать свою реальность, автономность, испытывать относительное спокойствие и достаточную ценность. Утрата или угроза потери такого человека может вызвать взрыв чувства одиночества, ярости и презрения к себе; значимую деятельность, которая является источником стабильности, особенно творческая; социальный опыт, в том числе духовный.

В рамках коррекционно-реабилитационной работы рекомендуется: изучение запроса и последующее проведение комплексной психологической диагностики эмоционально-личностной и коммуникативной сферы подростка; индивидуальное консультирование подростка и членов семьи; проведение индивидуальных коррекционно-реабилитационных занятий с подростком.

В качестве индикаторов эффективности этой работы могут быть определены следующие показатели: уровень тревожности в пределах нормы; отсутствие непродуктивной нервно-психической напряженности; сформированная адекватная самооценка; ориентация в системе ценностей, сформированное ценностное отношение к жизни и здоровью; адаптация

в школьном коллективе, семье; осознание собственных чувств, мыслей; осознание собственного чувства гнева, дифференциация приемлемых и неприемлемых способов выражения гнева; принятие собственной уникальности (создание чувства своего «Я» с соответствующими границами).

Второе направление – кризисное. Подросток должен знать факторы, повышающие риск суицида: межличностные кризисы; тяжелая утрата; падение уровня самооценки; утрата смысла жизни и перспективы; стремление вернуть себе контроль за окружением; зависимость от других и неудовлетворенность таким положением; примитивность мышления (человек не знает, как отреагировать на сложную ситуацию); употребление алкоголя и наркотиков, которые снимают барьеры здравого смысла; акцентуированность личности; нарушенная самокритичность; тяжелая наследственность; неблагоприятные социальные условия; наличие прежних попыток суицида; тяжелые соматические заболевания.

При обнаружении факта незавершенного суицида или его потенциальной угрозы необходимо вызвать родителей, врача-специалиста медицинского центра; подключить специалистов учреждений социальной защиты, когда имеются факты жестокого обращения с ребенком, выраженная конфликтность, аморальное поведение членов семьи, запои родителей.

Первоочередными задачами являются не только выявление потенциальных суицидентов, пострадавших, но и обеспечение их безопасности, предотвращение или прекращение панических реакций пострадавших, недопущение повторного суицида.

Эффективность проводимых мероприятий зависит от уровня подготовки специалистов с отработкой умений оказывать практическую помощь. Так распределить деятельность между специалистами можно следующим образом: организатор группы – классный руководитель, координатор содержания деятельности – школьный психолог, координатор связи с социумом – социальный педагог. Общий контроль осуществляет заместитель директора по воспитательной работе, профессиональный контроль обеспечивает председатель психолого-медико-педагогического консилиума.

Суицидент находится на постоянном сопровождении не менее полугода, после чего консилиум принимает решение о дальнейшем сопровождении пострадавшего. В особо трудных случаях ребенок должен находиться на сопровождении не менее двух лет или постоянно.

В настоящее время в целях профилактики суицидальных намерений подростков специалисты образовательных организаций проводят различные профилактические занятия и тренинги в школьных коллективах,

направленные на: повышение уровня групповой сплоченности в школе; создание общих школьных программ психологического здоровья, здоровой среды в школе; привитие существующих в обществе социальных норм поведения; формирование толерантности; развитие ценностных отношений в социуме; снятие стрессового состояния; обучение подростков проблемно-разрешающему поведению и др.

Не опровергая значимости таких мероприятий, рекомендуется дополнительно использовать возможности принципиально иного подхода, названного «Равный – равному», суть которого состоит в подготовке волонтеров из числа обучающихся образовательных организаций, способных своими силами вести пропаганду, направленную на снижение уровня суицидального риска в подростковой среде. Существует три типа образовательно-воспитательных программ для подростков. Наиболее распространенный из них имеет условное название «Взрослые – молодым» – в рамках программы все планы и решения принимаются взрослыми, а молодежь приглашается для обязательного участия.

Второй тип программы – «Взрослые с молодыми», в рамках которой взрослые планируют, а молодые осуществляют, исполняют задуманное. Редкий и во многом сложный для использования в образовательной организации третий тип программы – «Молодые с взрослыми», в рамках которой молодые люди строят планы, принимают решения, находят выход из затруднений, тогда как взрослые люди только помогают и поддерживают их в этом.

3.2. Формы и методы работы

В организации деятельности по профилактике суицидального поведения рекомендуется использовать сочетание различных форм:

– организация социальной среды. Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Профилактика суицидального поведения у подростков включает, прежде всего, социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни;

– информирование. Это наиболее привычное направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы и видео. Рекомендуется отказаться от преобладания запугивающей информации;

– активное социальное обучение социально важным навыкам, которое преимущественно реализуется путем использования группового тренинга: тренинг устойчивости к негативному социальному влиянию (развивает способность сказать «нет» в случае негативного давления сверстников); тренинг аффективно-ценностного обучения (формируются навыки принятия

решения, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей); тренинг формирования жизненных навыков (формируются умения общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты);

– организация активной деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: познание (путешествие), испытание себя (походы в горы, спорт с некоторой долей риска), значимое общение, любовь, творчество, деятельность;

– организация здорового образа жизни;

– активизация личностных ресурсов. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арт-терапия – все это активизирует личностные ресурсы, обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию;

– минимизация негативных последствий суицидального поведения, направленная на профилактику рецидивов или их негативных последствий.

По способу организации работы выделяют следующие формы профилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа.

В качестве методов и приемов профилактической деятельности применяются диагностический инструментарий – использование пакета педагогических и психологических методик для экспресс выявления детей групп риска по суицидальному поведению в условиях образовательной организации); технологии личностно ориентированной терапии (индивидуальные психокоррекционные беседы, групповая и индивидуальная психотерапевтическая работа; организационные (педагогические советы, консилиумы, семинары, обсуждения в групповых дискуссиях, круглые столы); информационные методы (памятки, стендовая информация, информационные листы, буклеты).

Значимым фактором формирования и развития конструктивных стратегий преодоления трудностей, с которыми сталкивается подросток, является семья. При этом все виды профилактической деятельности должны выстраиваться в целостной взаимосвязанной системе родитель – ребенок – учитель. Вместе с тем, родители и педагоги часто не понимают характера трудностей детей, опираются в работе с ними только на анализ их неудач, а также ставят перед ними задачи, не соответствующие их реальному уровню развития или реальным возможностям, на что дети отвечают неадекватным поведением и отказом от действия, а это, в свою очередь, приводит к новым сложностям – в учебе или во вне учебной деятельности. Одной из основных задач семьи является обеспечение ранней психологической и педагогической

подготовки школьников, направленной на формирование навыков стрессоустойчивости и современных адаптивных стратегий поведения, ведущих к успешной самореализации.

Важным фактором эффективных детско-родительских отношений, особенно в ситуации взаимодействия с детьми группы суицидального риска, является гуманистический стиль общения – безоценочное принятие подростка, ровное, терпеливое отношение к нему. В связи с этим наиболее эффективными способами педагогической поддержки семьи являются консультирование, беседы, факультативы, групповые консультации, тренинги для группы родителей, имеющих схожие проблемы в воспитании ребенка, различные виды собраний, вечера вопросов и ответов, родительские конференции. А наиболее эффективными приемами педагогической поддержки выступают доверительная беседа, совет, акцент на достоинства ребенка, обсуждение результатов работы ребенка на равных.

В основе разработки психолого-педагогических технологий профилактической работы с родителями лежат методические разработки Ю.Б. Гиппенрейтер, И.М. Марковской, К. Фопеля, О.В. Хухлаевой и многих других авторов, при этом основной акцент в них делается на методы активного обучения, в частности, тренинг, ориентированный на формирование конструктивных стратегий преодоления трудностей у подростков. Ценность тренингов заключается в обучении родителей (на добровольных началах) способам эффективного взаимодействия с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации; весь комплекс упражнений ориентирован на формирование стрессоустойчивости, жизнестойкости, эмоционального равновесия. Целью подобных тренингов выступает формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования. Задачи тренингов: создание условий для доверительных, доброжелательных отношений; атмосферы понимания и активного участия в работе группы; формирование способности к сохранению состояния психического благополучия и его проявлению в адекватном поведении при взаимодействии с внешним миром; осознание своего поведения как неэффективного «выхода» из критической ситуации существования; обучение приёмам и способам выхода из критических ситуаций, техникам, позволяющим минимизировать отрицательные последствия стресса; развитие качеств, позволяющие строить успешные отношения с другими. В программе должны сочетаться разные интерактивные групповые приемы работы:

1) Ролевые игры. В ходе проигрывания небольших сценок спланированного или произвольного характера, отражающих модели жизненных ситуаций, имитируются и разрешаются проблемы. Это хорошая наработка вариантов поведения в тех ситуациях, в которых могут оказаться родители и дети.

2) Деловые игры. Посредством моделирования системы отношений в ходе игры участники анализируют заданные условия и принимают оптимальные решения, выбирают наиболее целесообразный путь и т.п.

3) Дискуссия. Этот метод позволяет с помощью логических доводов воздействовать на мнение, позиции и установки участников дискуссии в процессе непосредственного общения.

4) Арт-терапия. В программе применяется коллективная творческая деятельность, основанная на целенаправленном использовании интуитивно-образного, метафорического мышления участников. Предлагаются упражнения, построенные на символической аналогии (выразить суть задачи в виде символов). Арт-терапия может применяться как ведущее или вспомогательное средство для диагностической работы; развития внимания к чувствам, усиления ощущения собственной личностной ценности и эффективности, расширения способов самовыражения родителей и детей.

5) «Мозговой штурм». Техника «мозгового штурма» используется в занятии как способ закрепления полученной информации по теме, ее расширение за счет генерирования новых идей и активизации творческого потенциала участников.

6) Библиотерапия. На каждое занятие подбирается литературный материал для чтения (рассказы, притчи), которые родители смогут обсудить со своим детьми.

9) Метод «Я-сообщения («Я-высказывания»)». Изучение данного метода позволяет детям и родителям применять его на практике в ситуации конфликта и конфронтации, столкновения интересов. Родители и дети смогут искренне и эмоционально честно выразить свои чувства по отношению к поведению друг друга в форме, необходимой, чтобы сохранить отношения уважения, эмпатии и принятия.

10) Метод «активного слушания». Участники приобретут навыки заинтересованного слушания, выражения эмпатии.

11) Мини-лекция. Используется для теоретического обоснования темы занятия, системы представлений о том или ином предмете, явлении, помощи участникам осмыслить проблему и прийти к определенному выводу.

12) Проблемное задание. Цель – теоретическое осмысление реальных проблем, поиск путей их практического решения.

13) Анализ конкретных ситуаций. Формирование навыков и умений применения приобретенных знаний в практической деятельности.

В организации обучения важно учитывать возраст детей, особенности проблемы и другие особенности той или иной категории детей и родителей. В организации профилактической работы с родителями и детьми важно получать обратную связь не только от них, но и от специалиста (психолога, социального педагога), который наблюдает за семьей, консультирует ее, оказывает необходимую помощь. Для этого могут быть использованы анкеты, которые не только затрагивают область суицидального поведения подростка и позволяют уточнить объем и план информирования родителей по данной проблеме, но и помогают оценить обстановку в конкретной семье, приближают специалиста к пониманию состояния детско-родительских отношений в ней.

3.3. Рекомендации для педагогов по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков относится к одной из первоочередных обязанностей родителей, воспитателей, администрации и педагогов школ, школьных педагогов-психологов.

3.3.1. Принципы профилактики суицидального поведения:

- Принцип ценности личности, заключающийся в самоценности каждого человека.
- Принцип уникальности личности, состоящий в признании индивидуальности участников образовательного процесса.
- Принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности ребенка.
- Принцип ориентации на зону ближайшего развития каждого ученика.
- Принцип эмоционально-ценностных ориентаций учебно-воспитательного процесса.

3.3.2. Три взаимосвязанных направления в профилактике суицида:

1) Просвещение родителей, которое осуществляется в виде лекций, бесед, интерактивных занятий, ролевых игр и включает три взаимосвязанных направления.

Первое направление посвящено ознакомлению родителей с той ролью, которую играют внутрисемейные взаимоотношения в возникновении и закреплении тревожности ребенка (рассматриваются такие причины, как конфликты, общая атмосфера в семье, отношение родителей к ребенку и к его возможностям, особенности требований).

Второе направление касается влияния на детей страхов и тревог близких взрослых, их общего эмоционального самочувствия, их самооценки.

Третье направление демонстрирует значение развития у детей уверенности в собственных силах, ощущения собственной значимости. Основная задача такой работы - формирование у родителей представления о том, что им принадлежит решающая роль в профилактике тревожности у детей.

2) Просвещение педагогов. Здесь значительное внимание уделяется объяснению того, какое влияние оказывает тревожность на развитие личности ребенка, успешность его деятельности, его будущее. Особое внимание уделяется формированию правильного отношения к ошибкам, умению использовать их для приобретения жизненного опыта. Кроме того, необходимо создавать жизнеутверждающее пространство в школе, поддерживать атмосферу, дружественную к ребенку.

3) Работа с детьми и подростками, ориентированная на выработку и укрепление уверенности в себе, собственных критериев успешности, адекватности переживаемых эмоций, умения вести себя в трудных ситуациях в случае неуспеха. Особое значение при коррекционной работе отводится индивидуальным «зонам уязвимости», характерным для конкретного ребенка.

Важное место занимает подготовка детей к новым обстоятельствам, снижение неопределенности ситуаций через предварительное ознакомление их с содержанием и условиями этих ситуаций, обучение конструктивным способам поведения в них, обсуждение возможных трудностей через все основные направления деятельности.

3.4. Правила организации профилактики суицида среди обучающихся:

В работе по профилактике суицида среди несовершеннолетних необходимо:

– неукоснительно соблюдать педагогическую этику, культуру и такт;

– знать возрастную психологию и психопатологию, а также соответствующие приемы индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;

– выявлять контингент «группы риска» на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;

– осуществлять активный патронаж семей, в которых проживают учащиеся «группы риска», с использованием различных приемов, в том числе семейной психотерапии, с оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;

– не разглашать факты суицидальных случаев в коллективах обучающихся;

– рассматривать угрозы самоубийства в качестве признаков повышенного суицидального риска;

– усилить внимание родителей к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;

– проводить при необходимости консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;

– формировать у учащихся такие понятия, как «ценность человеческой жизни», «смысл жизни», а также индивидуальные приемы психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;

– повышать стрессоустойчивость путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирования готовности к преодолению ожидаемых трудностей.

Таким образом, для создания системы профилактики суицидов среди детей и подростков необходим комплекс организационно-педагогических мер, который обеспечивает реализацию принципов гуманизации в воспитании и образовании.

3.5. Уровни профилактики суицида в образовательной среде [8]

Первый уровень – общая профилактика. Цель – повышение групповой сплоченности в образовательной организации (группе, классе).

Мероприятия:

1. Создание в образовательной организации общих программ психического здоровья, здоровой среды в школе, чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь.

2. Организация внеурочной воспитательной работы. Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Задачи педагогического коллектива на данном этапе:

– изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого обучающегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении;

– создание системы психолого-педагогической поддержки обучающихся разных возрастных групп в образовательном процессе, как и в период трудной жизненной ситуации (составление плана работы по профилактике суицидального поведения обучающихся, индивидуального маршрута);

– привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты, законных прав и интересов несовершеннолетних;

– формирование позитивного образа «Я», уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей;

– привитие, акцентуация существующих в обществе социальных норм поведения, формирование милосердия, сострадания, развитие ценностных отношений в социуме.

Второй уровень – первичная профилактика. Цель – выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и семей «группы риска» с целью предупреждения суицидов.

Мероприятия:

1. Диагностика суицидального поведения (проводится на основе инвариантного блока диагностического инструментария с применением вариативных составляющих).

2. Индивидуальные и групповые занятия с несовершеннолетними «группы риска», оказание социальной поддержки, повышение самооценки, развитие адекватного отношения к собственной личности.

3. Классные часы, круглые столы, стендовая информация жизнеутверждающей направленности.

4. Разработка плана действий (индивидуального маршрута обучающегося) в случае попытки самоубийства.

Задачи педагогического коллектива на данном этапе:

– выявление детей и подростков, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите;

– работа с семьей несовершеннолетнего, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние;

– оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности несовершеннолетнего, снятие стрессового состояния;

– сопровождение детей и подростков «группы риска» по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, способствующая позитивному принятию себя подростками и позволяющая эффективно преодолевать критические ситуации;

– изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук (философии, физиологии, психологии, социологии, педагогики) и использование информации в работе с педагогами и родителями;

– повышение осведомленности персонала, родителей и обучающихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации;

– включение созданной системы психолого-педагогической поддержки обучающихся разных возрастных групп в образовательный процесс (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения обучающихся) в общий план действий;

– определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении обучающегося «группы риска», при угрозе обучающегося покончить жизнь самоубийством.

Третий уровень – вторичная профилактика. Цель - предотвращение суицидов. Мероприятия:

- оценка риска суицида.

- оценка риска суицида происходит по схеме: крайняя (обучающийся имеет средства совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий).

Задачи педагогического коллектива на данном этапе:

– педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта для того, кто решился вступить в контакт с обучающимся, который грозится покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага;

– оповещение родителей;

– привлечение специалистов (психологов, при необходимости – психиатров, психотерапевтов);

– запрос о помощи.

Четвертый уровень – третичная профилактика. Цель: снижение последствий и уменьшение вероятности суицидов, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия: глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем.

Задачи педагогического коллектива на данном этапе:

– оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал образовательной организации);

– сотрудничество с другими организациями.

Организованная таким образом работа позволит:

– осуществлять социальную и психологическую защиту детей и подростков;

– снизить количество детей и подростков с девиантным поведением и избежать суицидальных попыток;

– организовать работу по оптимизации взаимоотношений в детско-родительской среде;

– продуманно планировать готовность действовать в острых кризисных ситуациях, периодах преодоления последствий кризиса, посткризисное сопровождение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом. // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. С.23-34.

2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003.

3. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: Диалект, 2004.

4. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. – СПб.: Речь, 2006.

5. Конькова Н.Л. Профилактика суицида в детской среде. Сборник методических рекомендаций. – Биробиджан: ОблИПКПР, 2012.

6. Лаврикова И.Н. Молодежь: отношение к смерти // Социологические исследования. – 2001. – № 4, с. 12-21.

7. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях: Министерство образования и науки РФ, Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей: исх. № 07-149 от 18.01.2016 г.

8. Михайлова Л.В., Кошель И.В., Латкин А.Ю., Цэрнэ Т.А., Быков В.Ю. «Профилактика суицидального поведения подростков» Методические рекомендации по профилактике и работе с проблемами кризиса, суицида у учащихся. – Сыктывкар: АМОГО «Сыктывкар»., 2017 г.

9. Пестова И.В., Стенникова И. А., Шалаева К.С. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних: методические рекомендации для педагогов. – Министерство общего и профессионального образования Свердловской области; Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо». – Полевской: ООО «Веста», 2017.

11. Слуцкий А. С., Занадворов М. С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал». – 1992. – Т. 13. – № 1. – С. 23-32.

12. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // «Вопросы психологии». – 2006. – № 2. – С.45-53.

13. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения. – М.: Генезис, 1998.