

Методические рекомендации по выявлению и психолого-педагогическому сопровождению подростков группы суициального риска в образовательных учреждениях

Методические рекомендации разработаны муниципальным бюджетным учреждением города Ростова-на-Дону «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» в соответствии с Постановлением Межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав города Ростова-на-Дону №11/2017 от 20.10.2017. В связи с актуальными тенденциями роста повторных суициальных попыток и рискованного поведения подростков в интернете цель данной разработки состоит в обеспечении усиления вторичной профилактики суицидов в общеобразовательных учреждениях, заключающейся в выявлении и психолого-педагогическом сопровождении подростков группы суициального риска.

В методических рекомендациях рассматриваются следующие вопросы: модель психолого-педагогического сопровождения, выявление и контроль факторов суициального риска, вмешательство в кризисное состояние подростка в пресуициальный период, психологическая помощь подросткам в постсуициальный период.

Модель психолого-педагогического сопровождения

Подростки «группы суициального риска» - это те подростки, которые находятся под воздействием семейных, социальных, личностных суицидогенных факторов, которые могут сработать или нет. Вследствие этого, данной категории подростков требуется особое внимание педагогов и специалистов, комплексный подход с целью нивелирования неблагоприятных факторов и создания условий для оптимального развития.

Концептуальной основой предлагаемой модели выявления и психолого-педагогического сопровождения подростков группы суициального риска является социально-психологический подход к проблеме суицида. Согласно данному подходу, рост подростковых суицидов связан с тем, что у все большего числа детей процесс взросления и социализации приобретает кризисный характер, переставая быть процессом естественного роста и созревания, а взрослые явно недооценивают или не замечают потребность подростка в понимании и поддержке, поэтому подростковый суицид уместно рассматривать как «крик» о помощи». С точки зрения социально-психологического подхода профилактика суицидов является профилактикой развития психологических кризисов, а учитывая специфику подросткового возраста любое кризисное состояние подростка следует рассматривать как суицидоопасное.

Так же предлагаемая модель основана на идее развития практики раннего выявления детей и подростков с высокой степенью риска суицида и своевременном направлении их к специалистам. За рубежом данная идея была реализована в программе Gatekeepertraining (Обучение привратников), которая повышает уровень информированности учителей и родителей о факторах риска и помогает распознавать предупреждающие признаки суицида, а также учит их уверенности в разговорах о суициде, информирует о соответствующих центрах и службах поддержки. Кроме непосредственных навыков и знаний, приобретаемых классными руководителями и школьными психологами, важны мероприятия администрации образовательного учреждения по развитию сплоченности и солидарности в отношении к проблеме суицидов в рамках школьного сообщества в целом.

Деятельность по формированию и сопровождению группы суициального риска является вторичной профилактикой, требует от психологов, с одной стороны - достаточно развитых навыков психологического консультирования (навыки активного слушания, ведения клиента по проблеме, инструктирование, умение предъявлять требования), с другой стороны – четкого понимания различий между переживаниями психологического кризиса, стресса, конфликта, фruстрации, критического состояния.

Многие зарубежные исследователи отмечают эффективность превентивных программ выявления и контроля факторов суициального риска в образовательном учреждении, поскольку такие программы способствуют выработке более адекватного отношения к суициду, прежде всего, у педагогических работников.

Выявление и контроль факторов суициального риска, помощь подросткам в преодолении дезадаптации

Процесс психолого-педагогического сопровождения подростков группы суициального риска нацелен на:

- профилактику суицидоопасных кризисов через восстановление или улучшение уровня адаптации подростков;
- своевременное выявление начала пресуициального периода.

Программа психолого-педагогического сопровождения включает в себя комплекс следующих мероприятий.

1. Обучение классных руководителей более адекватному пониманию суициального поведения подростков.
2. Информирование родителей о признаках психологического кризиса и суициальных знаках.
3. Обсуждение темы суицида с подростками
4. Работа с Таблицей факторов риска развития кризисных состояний и наличия суициальных знаков у обучающихся.
5. Консультации психолога с классными руководителями по проблемам выявления и контроля факторов суициального риска.
6. Интервьюирование подростка для решения вопроса о включении в группу суициального риска.
7. Психологическая помощь подросткам группы риска в решении актуальных проблем дезадаптации.
8. Разработка рекомендаций по психологической поддержке подростка для родителей.
9. Разработка рекомендаций по педагогической поддержке подростков для учителей.
10. Мониторинг психологического состояния подростка.

Значимая роль педагогов общеобразовательных учреждений в профилактике подростковых суицидов определяется уже тем, что они проводят вместе с подростками немало времени и контактируют с родителями подростков. Поэтому быть информированными о фактах и мифах о суициде, знать факторы, провоцирующие суициальное поведение подростков, уметь распознавать суициальные знаки, и иметь представление о том, что делать, если психологическое состояние или поведение подростка вызывает у них беспокойство и опасения, связанные с возможным риском суицида

1. Обучение классных руководителей. Желательно, чтобы обучение классных руководителей проводилось с использованием активных методов: групповые дискуссии, ролевые игры, метод «мозгового штурма», методы арттерапии, супервизии опыта и т.п. Для разработки и реализации программы обучения администрация образовательного учреждения может обратиться в центры психолого-педагогической и медико-социальной помощи, а также к специалистам кризисных служб.

Рекомендуется включить в программу обучения следующие темы:

- характеристика суицидального поведения подростков;
- семейные социальные и возрастные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков;
- подростковая аутоагрессия и суицид;
- СМИ, интернет и подростковые суициды;
- особенности контакта с подростками группы суицидального риска;
- основы превенции, интервенции и поственции суицидального поведения подростков.

Информация, полезная для обучения классных руководителей, содержится в следующих научно-методических изданиях:

- a) Сидоров А.В., Дмитренко С.О. Профилактика суицидальных попыток и мониторинг завершенных суицидов среди детей и подростков в общеобразовательных учреждениях. Методическое пособие. - г.Ростов-н/Д: Изд-во ГБОУ ДПО РО РИПК и ПРО, 2013. – дается характеристика суицидального поведения подростков и представлены семейные, социальные и личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков;
- b) Инновационный опыт работы по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях: методические рекомендации для руководителей и педагогических работников образовательных организаций/ Под ред. О.И. Ефимовой, Н.В. Сероштановой, В.А. Березиной — М.:АНО "ЦМПРО", 2015 – представлены рекомендации по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних у педагогов (программа "Видеть, слышать, понимать" (Ефимова О.И., 2013)).

2. Информирование родителей о признаках психологического кризиса и суицидальных знаках осуществляется на родительских собраниях, проводимых в параллельных классах (с 6 по 11 класс), под председательством представителя администрации образовательного учреждения. На родительском собрании можно показать слайды презентации, включающие в себя следующие темы:

- важная информация о суициде (*Приложение №1*);
- признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе (*Приложение №2*);
- как разговаривать с подростком в случае обнаружения опасности и что делать (*Приложение №3*);
- информация о помогающих службах и организациях (*Приложение №4*).

После завершения доклада-презентации родителям предлагается в письменной форме задавать вопросы, поэтому их заранее нужно обеспечить бумагой и канцелярскими принадлежностями. В конце собрания рекомендуется раздать родителям памятки или буклеты по теме собрания.

Следует иметь ввиду, что родители могут существенно снизить риск подросткового суицида, если содействуют формированию у детей и подростков следующих жизненных установок:

- «негативные» чувства и эмоции (тревога, обида, злость, стыд, вина) не могут длиться вечно;
- раскрытие твоей душевной боли помогает тебе выздоравливать;
- ребенок важный член семьи;
- чтобы ни случилось, ребенок будет любимым.

Важно чтобы данные установки не только декларировались в семье, но и были подтверждены реальным опытом семейной жизни подростка.

3. Обсуждение темы суицида с подростками. В подавляющем большинстве случаев подростки сообщают о своих суицидальных мыслях и намерениях друзьям или своим сверстникам в личном общении и все чаще в социальных сетях. Именно сверстники, а не учителя, родители или специалисты становятся «доверенными лицами». С другой стороны, - подростки, которые хотят узнать о самоубийстве, часто находят в интернете информацию, в которой суицид рассматривается в контексте права на свободный выбор или героизируется.

По этим причинам подросткам нужна достоверная информация о суициде и его альтернативах и необходимо проводить с ними дискуссии по проблемам обращения за помощью и деромантизации

суицида, исходя из того, что многие из подростков могут оказать своевременную помощь взрослым в деле профилактики суицидального риска

4. Работа с таблицей факторов риска развития кризисных состояний и наличия суицидальных знаков у обучающихся. В начале учебного года (сентябрь – октябрь) прошедшие обучение классные руководители обобщают свои наблюдения за поведением и эмоциональным состоянием учеников и информацию об их семейной ситуации с помощью таблицы факторов риска развития кризисных состояний и наличия суицидальных знаков у обучающихся (см. Таблицу №1).

Таблица №1

Таблица факторов риска развития кризисных состояний и наличия суицидальных знаков у обучающихся

	Факторы	Код
Факторы социальной ситуации	1. Изменение места учебы в течение учебного года или смена двух или более школ за весь период обучения	
	2. Недавняя перемена места жительства	
	3. Стойкое отвержение сверстниками	
	4. Разрыв отношений с близким другом, парнем / девушкой	
	5. Неприятности с законом, унижение, физическое или сексуальное насилие	
	6. Негативная стигматизация со стороны окружающих (позорные клички, прозвища)	
	7. Чувство стыда, связанное с нежелательной беременностью, раскрытием факта мастурбации или гомосексуальных контактов	
	8. Неудачные попытки стать лидером или удержать позицию лидера	
Факторы семейной ситуации	1. Резкое снижение социального или материального статуса родителей	
	2. Тяжелое заболевание близких родственников или самого ребенка	
	3. Распад семейного очага (развод, изменения, сожительство)	
	4. Хронические конфликты между супругами, враждебность между членами семьи	
	5. Неполная семья	
	6. Высокий уровень требований и санкций в отношении ребенка наряду с отсутствием эмоциональной поддержки со стороны родителей	
	7. Алкоголизм или наркомания родителей, асоциальная семья	
	8. Недавняя смерть близкого родственника	
	9. Наличие в семье психически больных	
	10. Суициды родственников	
Суицидальные знаки	1. Стремление к изоляции, уединению, подавленность	
	2. Возбуждение, гиперактивность, нетерпеливость, озлобленность	
	3. Потеря интереса к увлечениям, спорту, развлечениям	

4	Нерегулярный прием пищи - потеря аппетита и веса, или обжорство
5.	Нарушение режима сна - бессонница, часто с ранним пробуждением или, наоборот, подъем позже обычного
6.	Резкое изменение в соблюдении правил личной гигиены
7.	Резкое изменение стиля поведения и способов общения
8.	Стремление к рискованным действиям
9.	Частые случаи травматизма
10.	Употребление наркотиков, алкоголя
11.	Интерес к литературе, музыке, связанной с темой смерти
12.	Изображение темы смерти в собственной творческой продукции
13.	Прямые или косвенные высказывания о возможности суицидальных действий (жизнь надоела, скорее бы все закончилось, вам без меня будет лучше и т.п.)
14.	Символическое прощание обучающегося с ближайшим окружением (отказ от личных вещей, приведение дел в порядок и т.п.)
15.	Смена аватара или ник - имени в социальных сетях интернета с нейтрального или позитивного на негативное.
16	Интерес, проявляющийся косвенно или прямо к возможным средствам самоубийства (отравляющие вещества, возможности приобретения оружия и т. п.).
17	Перфекционистские установки подростка, обуславливающие страх неудачи
18	Суицидальные попытки в прошлом

В итоге такого обобщения должен быть сформирован список обучающихся, в отношении которых будет приниматься решение о включении/не включении в группу подростков суицидального риска.

Критерием включения обучающегося в данный список является наличие в его жизненной ситуации 3-х и более факторов, указанных в таблице. При включении обучающегося в список следует иметь в виду и качественную характеристику данных факторов. Так, например, такой фактор как смерть близких родственников от суицида по своему значению может перевешивать действие нескольких других факторов.

5. Консультации психолога с классными руководителями по проблемам выявления и контроля факторов суицидального риска. На встрече с классным руководителем обсуждаются результаты заполнения Таблицы факторов суицидального риска и результаты наблюдения за поведением подростка:

- конкретизация информации о выявленных факторах риска;
- какие трудности возникли в процессе заполнения прогностической таблицы;
- какие есть вопросы по выявлению подростков группы суицидального риска;
- информация о составе семьи, образовании и профессии родителей;
- опыт общения с семьей подростка;
- характеристика и динамика успеваемости и поведения подростка.

Завершая встречу, психолог договаривается о том, что классный руководитель будет информировать его о возникновении новых факторов суицидального риска и суицидальных знаков в жизни и поведении подростка, договаривается о соблюдении нормы конфиденциальности

и планирует следующую встречу, на которой будут обсуждаться рекомендации по педагогической поддержке подростка.

6. Интервьюирование подростка для решения вопроса о включении в группу суициального риска. В связи с тем, что в подростковом возрасте могут быстро меняться настроение и актуальные переживания, диагностика суициального риска с помощью стандартизованных вопросников представляется достаточно проблематичной. Так же в исследованиях было показано, что традиционная техника прямых вопросов, основанная на бихевиористской трактовке вопросно-ответного общения, редко приносит желаемые результаты, так как от 20 до 50% всех ответов, не соответствуют действительности. Известны случаи, когда методики диагностики суициальных намерений применялись в школе в массовом порядке и в результате у подростков, склонных к суициду (что выяснилось в последствии), был диагностирован низкий суициальный риск, а у подростков, не имеющих суициальных намерений, был диагностирован высокий риск (см. Вебинар «Суициды в подростковом возрасте. Чем может помочь школьный психолог?» <https://psy.su/feed/6107/>).

По этим причинам, и в рамках предлагаемого подхода, психологам рекомендуется при решении вопроса о включении подростка в группу суициального риска опираться на анализ результатов, специально разработанного нестандартизованного интервью с подростком и бесед, с классным руководителем и родителями.

Нестандартизованное интервью с подростками проводится после получения от классного руководителя результатов работы с Таблицей факторов риска и имеет своей целью установление контакта и получение информации по диагностическим параметрам группы подростков суициального риска.

В основе методики нестандартизированного интервью лежат представления о социокультурной заданности жизненных сфер подростка (семья, школа, сверстники). Также задачи психосоциального развития в подростковом возрасте задают следующие сферы: формирование взрослых интересов, рост осознания характера и эмоциональной сферы, дифференциация восприятия прошлого и планирование будущего, выработка отношения к деньгам. Данными жизненными сферами и задачами определяется тематика интервью.

Интервью имеет название нестандартизированного (не полностью структурированного) потому что, последовательность обсуждаемых тем не является жестко заданной, интервьюер интуитивно следует за подростком при переходе к новой теме. Рекомендуется начинать интервью с темы интересов, так как эта тема, как правило, является эмоционально нейтральной, а в процессе интервьюирования следует, по возможности избегать, закрытых вопросов. Интервьюируя подростка по определенной теме, следует учитывать специально выделенные для данной темы диагностические параметры, которые содержат значимую с точки зрения работы с суициальным риском информацию.

Во время подготовки к интервью рекомендуется иметь обсужденные с подростком результаты проективных методик ("Несуществующее животное", "Семья животных", "Семейная социограмма"). Перечень вопросов и диагностические параметры по различным темам интервью представлены в *Приложении №5*.

Решение о включении подростка в группу суициального риска принимается с учетом следующих критериев:

а) если по результатам нестандартизированного интервью подросток может быть условно отнесен к одному из типов:

- подавленные подростки;
- озлобленные, раздражённые подростки;
- подростки, стремящиеся к лидерству;
- подростки с перфекционистскими установками.

Типология подростков группы суициального риска представлена в *Приложении №6*.

б) подтверждение в нестандартизованном интервью 3-4 семейных и социальных факторов риска;

в) обнаружение признаков буллинга.

7. Психологическая помощь подросткам группы суицидального риска в решении актуальных проблем дезадаптации осуществляется по модели решения проблемы, нацеленной на определение оптимальной поведенческой стратегии в конкретной ситуации дезадаптации. При этом используется принцип ограничения целей: в качестве цели нужно выбирать те проявления проблемы подростка, при работе с которыми у психолога заранее есть уверенность в том, что будет достигнут конкретный результат за короткое время работы (3-7 встреч). Описание модели решения проблемы и соответствующие рекомендации по ее применению, на которые можно ориентироваться психологу, с поправкой на подростковый возраст, содержатся в литературе по телефонному консультированию (например, И.А. Геронимус, Г.Л. Будинайте. Использование техник ориентированной на решение краткосрочной терапии в работе на телефоне доверия //Консультативная психология и психотерапия, 2013, № 4).

Применяя модель решения проблемы, важно учитывать, что одной из ключевых задач психолого-педагогического сопровождения и критерием эффективности психологической помощи подростку группы суицидального риска является обоснованная уверенность психолога в том, что в дальнейшем подросток в случае ухудшения его психологического состояния будет по собственной инициативе обращаться за помощью к психологу. В этом контексте полезным является обсуждение с подростком вопроса о том, когда и почему он обратился бы за помощью на телефон доверия.

8. Рекомендации для родителей подростков группы суицидального риска разрабатываются в процессе их психологического консультирования по проблемам семейного стиля воспитания, понимания возрастно-психологических особенностей подростка.

Известно, что источник формирования суицидальных тенденций находится в семейной ситуации развития ребенка, его детском опыте. По мнению большинства исследователей, наиболее суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри них — скрытые конфликты. Семьи с асоциальной направленностью способствуют адаптации ребёнка в такой же среде, выполняя роль защитных механизмов, — подростки из неблагополучных семей обнаруживают лучшую защиту от кризисов, так как имеют непротиворечивую и стабильную систему социальных установок.

На первой встрече с родителями подростка сообщение психолога том, что их сын/дочь включены в группу суицидального риска или о том, что необходимо заниматься профилактикой кризисных состояний, может спровоцировать защитные реакции родителей в форме отрицания проблем у подростка или отказа от общения с психологом. По этой причине и с учетом того, что решение о включении подростка в группу суицидального риска еще не принято, обсуждение риска развития у подростка суицидоопасных кризисов следует проводить тогда, когда оценка риска будет достаточно аргументированной, желательно после того, как родители были проинформированы о том, как распознавать проявления кризисных состояний у подростков на родительском собрании.

Если родители идут на контакт с психологом, рекомендуется обсудить с ними тему развития подростка: как ваш сын/дочь развивались, какие события в семейной жизни повлияли на его/ее развитие? Что Вам нравится в характере подростка и что хотели бы изменить? Как это делали?

Затем предложить проанализировать сильные и слабые стороны семейного воспитания с помощью опросника «Анализ семейного воспитания» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.). Далее с родителями обсуждается вопрос о том, как нужно учитывать в семейном воспитании особенности подросткового возраста и особенности характера подростка, и при необходимости, родители обучаются распознавать проявления кризисных состояний у подростков (специальная памятка для родителей).

В том случае, если семья подростка соответствует критериям для семей, находящихся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении, психологу и классному руководителю следует информировать администрацию образовательного учреждения о

необходимости включения данной семьи в соответствующий банк данных для получения социальной помощи.

9. Разработка рекомендаций по педагогической поддержке подростков

По результатам интервьюирования подростка и оказания психологической помощи подростку в решении актуальных проблем, психолог разрабатывает рекомендации классному руководителю по следующим направлениям:

- повышение устойчивости и позитивности самооценки;
- решение проблем успеваемости и оптимизация отношений подростка с учителями;
- урегулирование конфликтов или преодоления дистантности в отношениях подростка с одноклассниками, профилактика снижения социометрического статуса подростка в классе;
- предотвращение случаев буллинга в классе;
- содействие подростку в посещении кружков и секций.

Рекомендации для педагогов имеют своей целью вовлечение их в решение задач устранения действия тех факторов в школьной жизни подростка, которые обуславливают дезадаптацию. После обсуждения рекомендаций с классным руководителем составляется план по их выполнению, обсуждаются возможные трудности в выполнении плана и назначается встреча для обсуждения обратной связи по результатам реализации плана.

10. Мониторинг психологического состояния подростков группы суициального риска включает в себя серию встреч с психологом, нацеленных на выявление дополнительных по отношению к уже выявленным, факторов и знаков, обуславливающих риск развития кризисного состояния.

При определении регулярности встреч следует исходить из особенностей конкретного случая и учитывать то, что наибольшее число суициальных попыток в подростковом возрасте приходится на октябрь-ноябрь и январь – февраль. Следует учитывать, что есть индивидуальные жизненные обстоятельства, которые могут повлиять на состояние подростка: приближение экзамена, годовщины травмирующего события (смерти родственника, развода родителей) или событие, которое вернет негативные переживания (очередная неудача в учебе, встреча с агрессором, ссора с родителями).

Перед проведением мониторинговой встречи психологу рекомендуется получить информацию от учителей и по возможности от родителей и одноклассников об изменениях в жизни подростка, а на самой встрече можно обсудить следующие вопросы:

- какие позитивные или негативные события в твоей жизни произошли за то время, пока мы не виделись? Какое впечатление они произвели на тебя?
- менялся ли режим дня, как менялось твое самочувствие?
- какие у тебя есть желание или планы в настоящее время и что будет, если тебе не удастся их реализовать?

При обнаружении новых, дополнительных к уже имеющимся, факторов, влияющих на развитие кризисного состояния у подростка, психологу рекомендуется представить данный случай на супervизию коллег, имеющих опыт работы по методу кризисной интервенции.

Вмешательство в кризисное состояние подростка в пресуициальный период

Как было отмечено выше, одной из ключевых целей психолого-педагогического сопровождения подростков группы суициального риска является своевременное выявление пресуициального периода - периода формирования суициальной активности, границами которого являются момент возникновения суициальных побуждений и момент осуществления суициальных действий. В подростковом возрасте значительно варьируется продолжительность пресуициального периода: от 1-2 месяцев до 2-3 дней. Пресуициальный период подразделяются на:

- *латентный пресуицид*: период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в "мотивационной готовности" к суицидогенезу, при этом оформленные признаки суициdalной активности отсутствуют. Характеризуется незначительными изменениями в поведении (повышенной тревожностью, изменениями настроения, нарушениями в общении, асоциальными поступками, алкогольными эксцессами), суициdalными фантазиями, периодическими суициdalными мыслями;
- *манифестный пресуицид*: проявляется постоянными суициdalными мыслями, суициdalными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения;
- *острый пресуицид* (состояние психологического кризиса, прямая угроза осуществления суициdalных действий): проявляется сверхенным характером суициdalных мыслей, суициdalными тенденциями; целенаправленным поиском средств осуществления суициdalных действий; прямыми или косвенными "прощаниями" с близкими; неадекватными формами поведения ("зловещее" спокойствие, идеаторномоторная расторможенность, ажитация). Это период, когда психолого-педагогическое сопровождение должно быть заменено вмешательством в кризисное состояние подростка;
- *суициdalные действия* (суициdalная попытка или самоубийство).

Манифестный пресуицид выявляется путем оценки наличия следующих показателей:

- Недавние потери, связанные со смертью, разводом, разрывом взаимоотношений, потерей самоуверенности, снижением самооценки.
- Потеря интереса к дружбе, увлечениям и деятельности, ранее доставлявшим удовольствие.
- Беспокойство о болезни (либо реальной, либо надуманной).
- Изменение характера – устойчивые: угрюмость, отчужденность, раздражимость, беспокойство, усталость, нерешительность, апатия.
- Изменения в поведении - неспособность сосредоточиться в школе, при выполнении домашних заданий.
- Нарушение режима сна - бессонница, часто с ранним пробуждением или, наоборот, подъем позже обычного,очные кошмары.
- Нерегулярный прием пищи - потеря аппетита и веса, или обжорство.
- Потеря интереса к сексу, импотенция, нарушение менструального цикла (частые пропуски).
- Боязнь потерять контроль, сойти с ума, причинить вред себе или окружающим.
- Ощущение беспомощности, бесполезности, "безучастности", "всем будет без меня лучше".
- Всеобъемлющее чувство вины, стыда, ненависти к себе.
- Безнадежное будущее, "мне никогда не станет лучше, я всегда буду себя чувствовать плохо".
- Злоупотребление наркотиками или алкоголем.
- Суициdalные импульсы, заявления, планы; раздача любимых вещей; прежние попытки суицида.
- Возбуждение, гиперактивность, нетерпеливость могут указывать на скрытую депрессию.
- Утраченная вера в бога.

В беседе с психологом подросток может прямо заявить о своих суициdalных намерениях, но во многих случаях, подростки стремятся держать свои суициdalные намерения в секрете, что требует от них специальных усилий. В случае обнаружения 3 и более признаков из вышеупомянутого списка психологу следует задать прямой вопрос о готовящемся суициде. При

этом следует понимать, что подростки, находящиеся в таком состоянии, как правило, ждут разговора, как возможности спастись и /или подросток может почувствовать облегчение, связанное с тем, что ему теперь не нужно тратить энергию на сохранение втайне суицидальных намерений. Вопрос о суициде задается следующим образом: в начале называются выявленные признаки, затем делается предположение о суициде. Например - «у тебя недавно развелись родители, ты стал замкнутым, тебе трудно сосредоточиться на выполнении домашних заданий, - тебе так плохо, что ты думаешь о самоубийстве?»

Иметь дело с потенциальными самоубийцами всегда не просто, поэтому многие педагоги и психологи могут почувствовать растерянность и неуверенность только при мысли о том, что им придется разговаривать с подростком, переживающим суицидоопасный кризис.

Одни из них могут находиться под влиянием мифов о суициде, например, «разговоры о самоубийстве могут способствовать его совершению» или «все те, кто пытаются покончить с собой, — психически больны - а я не психиатр, поэтому ничем не могу им помочь». Тревога других может быть связана с осознанием одиночества и беспомощности перед таким экстраординарным событием как суицид подростка или они могут находиться под влиянием собственных суицидальных импульсов. Поэтому для педагогов и психологов часто оказывается полезным попрактиковаться в контакте с подростками группы риска развития суицидальности в ролевой игре со своим коллегами.

В случае получения положительного ответа подростка на вопрос о его суицидальных намерениях следующим шагом в работе является обсуждение степени конкретности плана по их реализации, начинающееся с вопроса: мог бы ты рассказать мне об этом?

Обсуждаются вопросы:

- Пытался ли ты убить себя до этого?
- Как ты это делал?
- Почему попытка не удалась?
- Что произошло с тобой после этого?
- Как ты собираешься совершить следующую попытку самоубийства?
- Ты готов сделать это прямо сейчас?
- Как часто возникают эти мысли? Как долго они делятся?
- Есть ли у тебя план? Какой?
- Как бы ты сделали это?

Беседа о суицидальных намерениях и планах подростка обязательно должна завершаться обсуждении вопроса о том, **что должно произойти, чтобы подросток отказался от попытки суицида**.

Строго рекомендуется направить семью подростка к специалистам, имеющим опыт работы по методике кризисной интервенции, если: это не первая попытка суицида, подросток выдвигает серьезные мысли па счет самоубийства и есть конкретный план действий и/или намерения.

Дополнительными и самодостаточным критерием необходимости направления подростка к специалистам для проведения кризисной интервенции является состояние острого психологического кризиса. Такое состояние определяется, если у подростка есть чувства беспомощности, стыда и гнева в ситуации переживания угрозы и/или утраты.

Любая значимая угроза вызывает тревогу. При полном кризисе бывает очень сильное чувство тревоги, и это обычно первое, что должен изучить психолог при знакомстве с подростком. Тревога помогает мобилизовать силы против угрозы. Однако, большая тревога вызывает искажения фактов, плохие суждения, самооборонительное поведение. В большинстве психологических кризисов присутствуют переживания различных *утрат*, начиная с утраты детства и заканчивая потерей близких людей. Во многих случаях такие переживания могут сопровождаться сильной психологической болью.

В кризисной ситуации, когда «из-под подростка выдергивается ковер, па котором он стоит», и это происходит либо вследствие какого-то внешнею события, либо в результате тяжелого удара сильных эмоций, появляется *чувство беспомощности*. Часто сопутствующим

кризис чувством бывает *стыд*. В кризисе подросток перестает быть уверенным в себе и независимым, чувствует свою некомпетентность, и должен зависеть от других. Также, как компонент, присутствует чувство *гнева*, он бывает направлен либо на другого человека, либо на "иррациональное" событие, либо на себя. Однако, гнев - часто прячется за более явные выражения чувств.

Определив актуальный период жизни подростка как пресуицидальный, психологу рекомендуется предпринять следующие действия:

- Не оставлять подростка без внимания взрослых в том случае, если подросток говорит о том, что хочет совершить самоубийство прямо сейчас или очень скоро.
- По результатам работы с подростком подготовить экспертное заключение. Составляя экспертное заключение, можно опираться на структуру методики «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер), которая представлена в *Приложении №7*. Экспертное заключение необходимо, как официальный документ для разговора с администрацией образовательного учреждения и родителями.
- Убедить подростка в необходимости информирования администрации образовательного учреждения и родителей о необходимости помощи специалистов по кризисам. Норма "неразглашения" сохраняется только для сверстников и учителей, исключая классного руководителя
- Информировать администрацию образовательного учреждения о выявлении у подростка суицидального риска и попросить ее пригласить на беседу родителей подростка. Степень экстренности приглашения родителей обсуждается с администрацией.
- Родители подростка информируются об опасности, директор образовательной организации связывается с руководителем центра психолого-педагогической и медико-социальной помощи для решения вопроса об оказании экстренной помощи семье подростка.
- В том случае, когда родители продолжают настаивать на том, что ситуация не является серьёзной (психолог «преувеличивает»), отказываются от психологической помощи, администрации образовательного учреждения рекомендуется использовать технологию кейс-менеджмента (назначается куратор случая, информируются органы профилактики, проводится расширенный консилиум).

Психологическая помощь подросткам в постсуицидальный период

В последние годы растет число случаев, когда школьным психологам приходится оказывать помощь подросткам, предпринявшим суициальную попытку и вернувшимся в образовательное учреждение после лечения в больничных отделениях токсикологии или травматологии. В таких случаях основная задача работы с подростками состоит в превенции повторных покушений на суицид, но в силу психотерапевтической не разработанности задачи многие психологи вынуждены ограничиваться диагностикой степени риска повторного суицида у подростков, а такое ограничение может быть небезопасно как для подростка, так и для психолога.

С одной стороны, результаты тестирования в методиках и опросниках, нацеленных на прогноз повторных попыток самоубийства (шкала суицидальных мыслей А. Бека, «опросник причин для жизни» М. Лайхена, методика «Сигнал» и др.) зависят от характера ответов испытуемых и при желании могут быть легко ими искажены. С другой стороны - традиционный диагностический подход изначально создает между психологом и подростком субъект – объектные отношения, что может привести в дальнейшем к трудностям в установления психотерапевтического контакта.

Этими причинами обуславливается актуальность и необходимость разработки подходов к психологической помощи в постсуицидальный период, которые позволят одновременно оценить риск повторных покушений и усилить антисуицидальные тенденции у подростков.

Концептуальной основой понимания проблемы повторных покушений на суицид у подростков могут служить понятия постсуицида и его четырех типов.

Постсуицид включает в себя последствия суицидальных действий, прежде всего: соматические последствия (нарушение здоровья), психологические последствия (отношение к себе, к суицидальным действиям, к окружающим, к суицидогенной ситуации и т.д.), социальные последствия (отношение к суициду окружающих). Фаза постсуицида может быть условно разделена во времени на следующие этапы: (1) ближайший постсуицид ~ до 1 нед., (2) ранний постсуицид ~ до 1 мес., (3) поздний постсуицид ~ до 6 мес., (4) отдаленный постсуицид ~ после 6 мес.

Выделяются следующие четыре типа постсуицидов.

Суицидально-фиксированный постсуицид: суицидогенный конфликт актуален, суицидальные тенденции сохраняются и могут скрываться, отношение к суициду положительное, причем вербально это может выражаться в таком, например, заявлении: «Не вижу иного пути». Сохраняется высокая степень риска повторного суицида. Наиболее серьезные (по намерениям и способам) повторные покушения наблюдаются у суицидентов данной группы.

Аналитический постсуицид: конфликт по-прежнему актуален для суицидента, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, опробуются новые способы разрешения конфликта. Если таковые не найдены, а конфликтная ситуация оказывается невыносимой для человека, то возможно повторение попытки, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный выход из «тупика», с большим риском смертельного исхода. Считается, что среди суицидентов с аналитическими постсуицидами повторные попытки бывают у каждого.

Манипулятивный постсуицид: конфликтная ситуация значительно улучшилась для человека под влиянием его суицидальных действий, суицидальных тенденций нет. Отношение к совершенной попытке включает чувство легкого стыда и страх перед возможным смертельным исходом. В тоже время имеется отчетливое понимание, что суицидальные действия в будущем могут служить способом достижения своих целей и средством влияния на окружающих. Этот механизм часто закрепляется, в результате чего вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их опасности для жизни уменьшается. Намечается тенденция к демонстративно-шантажному поведению. Считается, что среди суицидентов с манипулятивными постсуицидами повторные попытки совершают почти каждый второй.

Критический постсуицид: суицидогенный конфликт утратил свою актуальность, суицидальных тенденций нет, отношение к совершенной попытке негативное, с чувством вины и стыда перед окружающими, страхом перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки и пониманием того, что покушение на свою жизнь не разрешает ситуацию. При данном постсуициде вероятность повторения покушения минимальна, однако, она не исключается в будущем, поскольку сохраняются внутренние условия для гиперболизации конфликтов и особенности личностных реакций.

С экзистенциальной точки зрения в случае суицидально –фиксированного или аналитического постсуицида, речь идет не о суицидальном конфликте, а о том, что суицид является выходом из психологического кризиса, поэтому необходимо заключать антисуицидальный контракт с подростком и проводить вмешательство в кризисное состояние (кризисную интервенцию). В данных случаях школьным психологам рекомендуется направлять семью подростка к коллегам, имеющим соответствующую подготовку и опыт.

В случаях манипулятивного или критического постсуицидов, несмотря на то, что актуальных суицидальных тенденций нет, возникает вопрос: как можно помочь подростку избежать покушений на самоубийство в будущем?

Известно, что перед Виктором Франклом, работавшим в середине 1930-х годов в кризисном стационаре с пациентами с незавершенным суицидом, стояла задача очень быстро понять, кто собирается повторить свою попытку, а кто одумался. Дифференциальную диагностику Франкл осуществлял следующим вопросом: «А почему не собираетесь повторять суициальную попытку, если мы Вас выпишем?». Тех пациентов, которые давали конкретный резон и содержательное обоснование смысла оставаться в живых, Франкл выписывал, а тех, кто говорили: «Да, нет доктор, честное слово, я больше не буду», но не могли четко сформулировать, зачем же они должны теперь оставаться в живых - не выписывал.

Наш опыт показывает, целесообразность и возможность дополнения подхода Виктора Франкла идеей обсуждения с подростком темы благодарности другим людям за то, что он остался в живых, как способа профилактики повторных суицидов у подростков с манипулятивным или критическим постсуицидом.

Изучение феномена благодарности началось еще в античные времена, когда она воспринималась как высочайшая добродетель. Психотерапевтическое значение выражения благодарности другим людям становится очевидным, если рассматривать суицид как один из способов прохождения через кризис, которое осуществляется в одиночку, ибо, как отметил Мартин Хайдегер, бытие в кризисе сопряжено с отсутствием синхроничности с обыденностью и отрезанностью от окружающих, а благодарность позволяет восстановить эту синхронию и связи с другими. В свою очередь, Мелани Кляйн отмечала, что первые ощущения благодарности неизбежно приводят к способности к сопереживанию, а значит, к формированию чувств благодарности, отзывчивости и веры в добро, а также удерживает от проявления таких негативных чувств, как зависть и ревность.

Показанием к разработке и реализация плана благодарности, за то, что подросток остался в живых, являются актуально переживаемое или в различной степени осознанное чувство вины. Разработка и реализация плана благодарности помимо психотерапевтического имеет и диагностическое значение, заключающееся в том, что чем выше степень вовлеченности подростка и членов его семьи в процесс благодарения, тем меньше вероятность повторного покушения на самоубийство у подростка. Также, особенностью предлагаемого подхода является то, что взаимодействие психолога и подростка не ограничено уровнем общения (как в случае Виктора Франкла), а включает в себя обучение благодарению и совместную деятельность по контролю за реализацией плана благодарности.

В процессе разработки и реализации плана благодарности психолог может обсудить с подростком следующие вопросы:

- Кому и за что благодарен(на), что остался(ась) в живых;
- Как и когда можешь поблагодарить;
- Кто и чем может тебе помочь реализовать план благодарности;
- Что может помешать;
- Сколько времени нужно для встречи с теми, кому ты благодарен.

Обсуждая данные вопросы с подростком, школьному психологу следует учитывать следующее:

- важно понимать, что для многих молодых людей это была уже не первая суициальная попытка, предыдущие, часто совершившиеся в течение нескольких предшествующих лет до этой, были менее опасны для жизни;
- существуют различия между ритуализированной и личностной благодарностью. Поэтому желательно обсудить с подростком вопрос о том, какие у него есть интересы и умения, что он может сделать в качестве знака благодарности самостоятельно или с помощью других, избегая покупки цветов, напитков, конфет и т.п.;
- как минимум подросток может выразить благодарность врачам, которые ему помогли;

- предлагаемый способ работы с подростками в постсуицидальном периоде не следует рассматривать как готовую к использованию технику, поэтому школьным психологам рекомендуется работать с супervизорской поддержкой.

Предложенное экзистенциальное понимание проблемы повторных покушений на суицид у подростков разрабатывается в процессе внедрения модели профилактики развития суицидоопасных кризисных состояний у подростков в деятельность образовательных учреждений нашего города.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Важная информация о суициде

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 суицидологов, многие из этих несчастных случаев в действительности были суицидами, замаскированными под несчастные случаи. Если суицидологи правы, то тогда главным “убийцей” подростков является суицид. Наряду с суицидами, которые по ошибке именуются “случайной смертью”, совершаются немало суицидов, о которых информация в полицию не сообщается. Многим родителям тяжело признаваться в том, что их сыновья и дочери покончили с собой. 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. В последующие десять лет число суицидов будет быстрее всего расти у подростков в возрасте от десяти до четырнадцати лет.

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.

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 больше покушаться на свою жизнь они никогда не будут.

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 к суициду 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 суицидально опасными.

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.

Суициденты, как правило, психически здоровы.

Поскольку суицидальное поведение принято считать ”ненормальным” и ”нездоровым”, многие ошибочно полагают, что суициденты ”не в себе”. Суицидентов путают с теми, кто психически болен. Есть даже точка зрения, будто суициденты опасны не только для самих себя, но и для других.

Да, суициденты могут вести себя как ”психи”, однако их поведение не является следствием психического заболевания. Их поступки и мысли неадекватны лишь в той степени, в какой неадекватным оказалось их положение. Кроме того, в большинстве своем суициденты не представляют опасности для других. Они могут быть раздражены, но их раздражение направлено исключительно на себя. Как правило, подростки, которые совершают попытку покончить с собой, психически больными не являются и представляют опасность исключительно для самих себя. Большой 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. 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.

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.

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, отнести к его угрозам всерьез.

Суицидальные подростки считают, что их проблемы серьезны.

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”.

Приложение №2

Признаки, свидетельствующие о суицидальной угрозе

Поведенческие	Словесные	Эмоциональные
Любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно, отдаляющие от близких людей	Уверения в беспомощности и зависимости от других	Амбивалентность (двойственность) переживаний («люблю-ненавижу»)
Склонность к опрометчивым и безрассудным поступкам	Прощение	Беспомощность, безнадежность
Чрезмерное употребление алкоголя или таблеток	Разговоры или шутки о желании умереть	Переживание горя
Посещение врача без очевидной необходимости	Сообщение о конкретном плане суицида	Признаки депрессии
Расставание с дорогами вещами или деньгами	Двойственная оценка значимых событий	Вина или ощущение неудачи, поражения
Приобретение средств совершения суицида	Медленная, маловыразительная речь	Чрезмерные опасения или страхи
Подведение итогов, приведение дел в порядок, приготовления к уходу	Высказывания самообвинения	Чувство собственной малозначимости
Пренебрежение внешним видом		Рассеянность или растерянность

Приложение №3

Как реагировать на косвенные суицидальные высказывания подростка

Если Вы слышите	Обязательно скажите	Запрещено говорить
«Ненавижу всех...»	«Чувствую, что что-то происходит. Давай поговорим об этом»	«Когда я был в твоем возрасте...да ты просто несешь чушь!»
«Все безнадежно и бессмысленно»	«Чувствую, что ты подавлен. Иногда мы все так чувствуем себя. Давай обсудим, какие у нас проблемы, как их можно разрешить»	«Подумай о тех, кому хуже, чем тебе»

«Всем было бы лучше без меня!»	«Ты много значишь для меня, для нас. Меня беспокоит твое настроение. Поговорим об этом»	«Не говори глупостей. Поговорим о другом.»
«Вы не понимаете меня!»	«Расскажи мне, что ты чувствуешь. Я действительно хочу тебя понять»	«Где уж мне тебя понять!»
«Я совершил ужасный поступок»	«Я чувствую, что ты ощущаешь вину. Давай поговорим об этом»	«И что ты теперь хочешь? Выкладывай немедленно!»
«У меня никогда ничего не получается»	«Ты сейчас ощущаешь недостаток сил. Давай обсудим, как это изменить»	«Не получается – значит, не старался!»

Следующие советы помогут изменить ситуацию.

1. Внимательно выслушайте подростка. В состоянии душевного кризиса любому из нас, прежде всего, необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.
2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он или она уже имеют конкретный план суицида, ситуация более острая, чем если эти планы расплывчаты и неопределены.
3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве. Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение также может служить основанием для тревоги.
4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Он или она могут и не давать воли чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии.
5. Постарайтесь аккуратно спросить, не думают ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы. **Обращение к психологу не означает постановки на учет и клейма психической неполноценности.**

Приложение №4

СЛУЖБЫ ПОМОЩИ

Название службы помощи	Адрес, телефон
Телефон доверия Психоневрологического диспансера Ростовской области	8 (863) 223-41-41 (круглосуточно)
Детский телефон доверия	8 800 2000 122 (круглосуточно)
Муниципальное бюджетное учреждение города Ростова-на-Дону «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»	г.Ростов-на-Дону, пр-т Ленина 44/2 8(863)245-52-23
Отдел психолого-педагогического сопровождения МБУ ДО Первомайского района г.Ростова-на-Дону «Дом детского творчества»	г.Ростов-на-Дону, пер. Днепровский 11б 8(863)201-65-33

Психолого-диагностический центр при МБУ ДО Железнодорожного района «Дом детского творчества»	г.Ростов-на-Дону, ул. Профсоюзная 47 А 8(863)262-61-78
Отдел психолого-педагогического сопровождения детей и подростков МБУ ДО Пролетарского района г.Ростова-на-Дону «Центр внешкольной работы «Досуг»	г.Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная, 3 8(863) 251 86 01
Муниципальное бюджетное учреждение Советского района города Ростова-на-Дону «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»	г.Ростов-на-Дону, ул. 339-й Стрелковой дивизии, 17/3 8(863)225-07-52

Приложение №5

Перечень вопросов и диагностические параметры по различным темам нестандартизированного интервью с подростком

Тема интересов (увлечений, способностей)

- что ты любишь делать, чем нравится заниматься;
- какие кружки, секции, дополнительные занятия посещал и почему перестал посещать;
- что тебя интересует в интернете, в каких группах состоишь, какие подписки;
- какие книги, фильмы, музыку любишь;
- что ты не любишь (ненавидишь делать);
- интересуешься ли ты религией;
- какое у тебя отношение к домашним животным;
- какие свои интересы, способности хотел бы развивать сейчас.

Диагностические параметры: устойчивость/неустойчивость интересов, характер интересов (компенсаторный, рекреационный, развивающий), успехи и результаты, вовлеченность/не вовлеченность родителей в формирование интересов.

Тема успеваемости и взаимоотношений с учителями

- какие у тебя сейчас оценки по школьным предметам, какие были раньше;
- если успеваемость ухудшилась, то почему;
- какие школьные предметы тебе нравятся (не нравятся), почему;
- какая помощь в учебе тебе нужна;
- что тебе нравиться (не нравится) в твоих учителях;
- какие конфликты были (есть сейчас) с учителями, из-за чего;
- как относятся родители к твоим школьным трудностям;
- если у тебя была перемена школ, то почему и в какой школе лучше (хуже);
- что нужно сделать, чтобы у тебя в школе было меньше проблем.

Диагностические параметры: школьная адаптация/дезадаптация, позиция родителей в отношении школьных трудностей и конфликтов, наличие ресурсных контактов с учителями.

Тема взаимоотношений со сверстниками

Одноклассники

- как ты можешь охарактеризовать класс, в котором ты учишься (насколько дружный, какие лидеры, какие группировки и пр.);
- какие в классе бывают конфликты, из-за чего;
- как, по-твоему, можно улучшить отношения между одноклассниками.

Друзья

- кто твой самый близкий друг, почему дружишь именно с ним;
- что делаешь вместе с другом, какой у него характер;
- какие бывают между вами разногласия;

- как родители учителя и сверстники относятся к твоему другу;
- если сейчас друга нет, то кто был раньше и с кем бы стал дружить сейчас;

Противоположный пол

- если у тебя есть девушка/парень, расскажи о ней/нем (давно ли встречаешься, что в ней/в нем нравится);
- какие бывают разногласия с девушкой/парнем, из-за чего спорите;
- если знают о девушке/парне родители, друзья, то что они думают о ней/нем;
- если девушки/парня нет, то с какой/каким стал бы встречаться.

Диагностические параметры: социально – психологический статус подростка в классе, общность/разъединенность в отношениях со сверстниками, признаки различных форм психологического насилия, информированность и реагирование родителей и учителей на проблемы во взаимоотношениях со сверстниками, опыт удачных/неудачных романтических отношений, ресурсные отношения (друзья, кто понимает и помогает).

Тема характера и эмоций

- какой у тебя характер (сильные и слабые стороны);
- что о твоем характере говорят или думают другие;
- на кого ты хотел бы быть похожим;
- какое настроение чаще бывает;
- что чаще всего огорчает;
- что бы ты хотел изменить в себе, чему научиться.

Диагностические параметры: самооценка, степень осознанности и использования сильных черт характера, особенности эмоциональной динамики (легко ли расстраивается, огорчается; что чаще огорчает; быстро ли настроение нормализуется; долго ли переживает; возникают ли чувства тоски, страха, одиночества, подавленности, вины; как часто эти чувства появляются, что ощущает, когда они возникают).

Тема денег

- что бы ты сделал в первую очередь, если бы у тебя было много денег;
- какие проблемы с деньгами бывают у тебя;
- если ты уже пытался зарабатывать, то, как это было.

Диагностические параметры: материальные ресурсы подростка, степень pragmatичности.

Тема прошлого и будущего

- какой возраст самый лучший, почему;
- что нравилось (не нравилось) в детском саду (летних лагерях);
- расскажи о своей мечте;
- каковы твои планы на будущее;
- что советуют родители, друзья и др.
- для юношей - как ты относишься к службе в армии;
- что для тебя является важным для создания собственной семьи.

Диагностические параметры: инфантильность/самостоятельность, степень конкретности планов на будущее, кто и что влияет на подростка в построении планов на будущее.

Тема семьи

- расскажи о своей семье (состав семьи, профессия и образование членов семьи, их хобби, религиозные верования);
- каковы отношения в семье (кто главный, кто за что отвечает, есть ли борьба за власть и т.п.);
- что ты делаешь вместе с родителями (братьями, сестрами, бабушками, дедушками и др.);
- какие проблемы со здоровьем есть у членов семьи;
- какая психологическая атмосфера (климат, погода) в семье - метафоры;
- кто и как осуществляет контроль за твоей учебой;
- как тебя наказывали;
- что родители хотят видеть и воспитать в тебе;
- какие бывают разногласия между членами семьи и у тебя с родителями, из-за чего;

- что бы ты хотел изменить в семейных взаимоотношениях.

Диагностические параметры: тип семейной атмосферы, ролевые позиции (наказующий, оскорбляющий ребенка родитель - плохой, отвратительный ребёнок; не заботящийся родитель – нежеланный, отвергаемый ребёнок; жестокий преследователь - беспомощная жертва), уровень эмоциональной поддержки подростка в семье, ресурсные отношения (кто понимает и кто помогает).

Заканчивая нестандартизованное интервью, суммируйте вместе с подростком его ответы на вопрос "что бы ты хотел изменить, чему научиться?", полученные при обсуждении различных тем, и пригласите его на следующую встречу.

Приложение №6

Типология подростков группы суициального риска

Подавленные подростки. Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна: конфликты носят скрытый характер. Эти подростки характеризуются высокой тревожностью, неустойчивой самооценкой, переживанием чувства вины. Неудачи в школе провоцируют усиление чувства страха и вины. Им свойственны несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая устойчивость к стрессогенным воздействиям, инфантилизм. Это низкостатусные подростки, не пользующиеся авторитетом у сверстников, они не могут противостоять давлению, а, поэтому могут включаться в асоциальную деятельность. Как правило, это подростки с эмоционально-лабильной, неустойчивой и сенситивной типами акцентуации характера. Трудности пубертатного криза, как правило, приводят к развитию невротических расстройств. Суициды таких подростков, как правило, имеют мотивацию самоустраниния. Период, предшествующий суициду, в этом случае достаточно продолжителен и сопровождается чувством страха. Избираемые способы совершения суицида, как правило, достаточно опасны. В последующий после совершения суициdalной попытки период характерны переживания страха смерти, чувство стыда и раскаяния. Риск повторной попытки в связи с достаточной критичностью к своим действиям невелик.

Озлобленные, раздраженные подростки. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Как правило, это подростки с истероидной и возбудимой типами акцентуации характера и нарушенными взаимоотношениями со сверстниками из-за чрезмерно завышенных притязаний. В начальных классах у них адаптация в норме, появление трудностей приводит к нарушениям адаптации.

Такие подростки могут совершать демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. Совершая суицид, подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведёт к недоучёту опасности последствий своих действий, «переигрыванию», что приводит к летальному исходу. Если не наступает разрешение проблемной ситуации, возможно повторение суициdalной попытки.

Подростки, стремящиеся к лидерству. Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором многое противоречит. Это подростки, как правило, с истероидным типом акцентуации характера со склонностью к демонстративности, капризности, манипулированию окружающими. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает «падение с пьедестала».

Для таких подростков характерны демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. Период, предшествующий суициду, в этом случае достаточно продолжителен, поскольку подросток пытается найти более рациональные и безболезненные способы

(определяется время, место, вычисляется безопасная доза лекарств). Однако серьезная опасность - неадекватность оценки и прогнозирования возможных последствий своих действий.

Подростки с перфекционистскими установками. Для таких подростков важны порядок и организованность. они «заботлены ошибками» (склонность приравнивать ошибку к неудаче), часто имеют сомнения относительно качества выполнения деятельности.

Подростковый перфекционизм происходит из детского опыта взаимодействия с не одобряющими или непостоянно проявляющими одобрение родителями, чья любовь всегда условна и зависит от результатов деятельности ребенка. В первом случае ребенок стремится «стать совершенным не только для того, чтобы избежать неодобрения других, но для того, чтобы, наконец, принять самого себя через сверхчеловеческие усилия и грандиозные достижения». Во втором случае он приходит к пониманию – только хорошее выполнение деятельности делает его ценным». Этим детям не удается выработать концепцию «в меру хорошего результата».

Исследователи указывают на связь перфекционизма с негативным аффектом (депрессией, тревогой, виной, разочарованием, стыдом), нарушенной адаптацией, затруднениями в общении. Считается, что многие интеллектуально одаренные молодые люди склонны к суицидальному поведению в силу перфекционистского стиля мышления.

Приложение №7.

Методика «Карта риска суицида»

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
I. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида	- 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	- 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	- 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	- 0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	- 0,5	+ 0,5	+1
II. Актуальная конфликтная ситуация			
A – вид конфликта:			
1. Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	- 0,5	+ 0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	- 0,5	+ 0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	- 0,5	+ 0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+ 0,5	+1
B – поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывание с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
V – характер конфликтной ситуации:			
6. Подобные конфликты имели место ранее	- 0,5	+ 0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	- 0,5	+ 0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	- 0,5	+ 0,5	+1
Г – эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатии	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+ 0,5	+2

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

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

менее 9 баллов — риск суицида незначителен;

9-15,5 баллов — риск суицида присутствует;

более 15,5 балла — риск суицида значителен.

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