

Государственное бюджетное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования  
Кафедра психологии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
ДЛЯ ПЕДАГОГОВ**

Автор:  
С.А. Кирилова, кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры психологии СПб АППО

Санкт-Петербург

2022

Издание раскрывает методические вопросы, связанные с задачами профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. Рассматриваются вопросы психологии суицидального поведения подростков с точки зрения особенностей возрастной психологии и типов личности. Описаны методические подходы к организации мероприятий по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.

Пособие предназначено для педагогов, классных руководителей, педагогов-психологов, социальных педагогов, руководителей образовательных учреждений.

## ВВЕДЕНИЕ

Профилактика суицидального поведения предполагает систему мер, способ организации окружающей среды, способствующей формированию жизнеустойчивой личности и предполагающей освоение средств и способов разрешения возникающих у человека проблем, а также систему мониторинга состояния человека, позволяющую выявить признаки суицидального риска и вовремя оказать необходимую помощь.

Суицид - вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15-29 лет [7]. По информации Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Санкт-Петербурга, за 9 месяцев 2020 года в Санкт-Петербурге официально зарегистрировано 120 (+26) официальных сообщений о суицидах несовершеннолетних. При этом в 2020 году число оконченных суицидов возросло до 16, в то время как в 2019 году в результате самоубийств погибло три ребенка. И это данные официальной статистики, а сколько в городе осталось не зафиксированных попыток, скрываемых намеренно или из-за «страха сломать будущее» ребенка, остается только догадываться. В первом квартале 2021 года количество суицидальных попыток увеличилось, по сравнению с аналогичным периодом 2020 года [4].

В соответствии с рядом нормативных правовых актов Российской Федерации, федеральным и региональным министерствам и ведомствам необходимо совершенствовать комплекс мер по профилактике суицидов среди несовершеннолетних [1,2].

По оценке ВОЗ, образовательные учреждения (школы) являются одним из наиболее важных инструментов распространения знаний о здоровье и принятия мер превентивного вмешательства среди молодежи [3]. Считается, что современная школа является: 1) местом, где подростки проводят большую часть своего активного времени; 2) привычным для ребенка, подростка контекстом для обсуждения серьезных вопросов; 3) наиболее удобным местом для реализации системы мер по раннему выявлению молодых людей, подверженных риску; 4) основным учреждением в области развития личных навыков и здорового образа жизни (для детей и молодежи) [9].

При работе с несовершеннолетними особое внимание следует уделить выявлению и сопровождению наиболее уязвимых групп детей. Выявление таких детей - первостепенная задача психолого-педагогических служб школы, классных руководителей и педагогов-предметников.

#### 1. Типология, динамика суицидального поведения несовершеннолетних

В нашей стране социально-психологическая концепция была представлена в работах А.Г. Амбрумовой [6], которая расценивает суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта в различных жизненных ситуациях. Психологический кризис возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта.

Кризисное состояние характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями – чувством неопределенности, беспокойством, тревогой вплоть до дезорганизации, фиксацией на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной беспомощности, несостоятельности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженными затруднениями в планировании будущего. При этом происходит нарушение познавательной и поведенческой активности. Психологические кризисы часто сопровождаются различными проявлениями агрессии в отношении самого себя (аутоагрессии).

Концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 - 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, т. е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе. Поэтому так часто суицидальное поведение подростков носит демонстративный характер.

Суицидальное поведение - осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

В структуре рассматриваемого поведения выделяют:

- собственно суицидальные действия;
- суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки).

Суицидальные действия включают суицидальную попытку и завершённый суицид.

Суицидальные проявления включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, среди которых можно выделить замыслы и намерения.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти (но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия), например: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться».

Суицидальные замыслы - это более активная форма проявления суицидальности.

Подростки, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о поддержке, ищут возможности спасения. Существуют характерные признаки такого сообщения (как вербальные, так и невербальные). Их распознавание является незаменимым способом профилактики суицидов.

В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В.А. Тихоненко [12], согласно которой выделяют пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ».

Суицидальные реакции по типу «призыва» («крик о помощи»). К данной группе относят случаи, когда индивид совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку. На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Чтобы другие люди поняли, какое сильное отчаяние я чувствую». К данной группе также относят демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (родителей, одноклассников, учителей). Подростки, руководствующиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно не думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Суицидальные реакции по типу «протеста». К этой группе относят случаи, когда подросток, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия, чтобы выразить свой протест против происходящего.

На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Чтобы как-то выразить свой гнев (обиду)» и т.п.

Реакции данного типа характерны для лиц молодого возраста, с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

Суицидальные реакции по типу «избегания». К данной группе относят случаи, когда подросток, находясь в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием переживаний безысходности, беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации). На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Ситуация была так невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще».

Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50-70% лиц с истинными попытками суицида.

Суицидальные реакции по типу «самонаказания». Данная группа включает случаи, когда подросток совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе. На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Хотел наказать себя». В качестве примера можно привести случай больной наркоманией, которая, находясь в состоянии наркотической «тяги», продала большую часть семейных драгоценностей, затем, переживая состояние абстиненции, совершила тяжелую попытку суицида под влиянием чувств стыда и вины за совершенный поступок.

Реакции по типу «самонаказания» характерны для людей (чаще женщин) среднего возраста. Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

Суицидальное поведение по типу «отказа» от жизни - здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть». Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом. Такой суицид чаще совершают мужчины старше 40 лет, в трезвом состоянии, в ранние утренние часы. Этот тип суицидального поведения наблюдается также при субдепрессиях, циклотимии, шубообразной шизофрении и у лиц с психопатиями астенического круга.

Амбрумова А.Г. [5] выделяет шесть типов непатологических суицидоопасных ситуационных реакций, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта.

Ситуационная реакция представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Отсюда у разных индивидуумов на сходные ситуации возникают разные реакции.

Пессимистическая ситуационная реакция - отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

Реакция отрицательного баланса - характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

Реакция дезорганизации - в ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления, чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция «потерей точки опоры». Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

Реакция эмоционального дисбаланса - имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

Реакция демобилизации - отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отверженности. Суицидальный риск средний.

Реакция оппозиции - характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний.

В суицидальном поведении принято выделять следующие этапы: предсуицидальный этап, этап реализации суицидальных намерений и постсуицидальный этап - в случае, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом.

Предсуицидальный этап охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде.

Этап реализации суицидальных намерений включает планирование предстоящего суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий.

Наконец, постсуицидальный период охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки.

Необходимо отметить, что приведенное описание этапов суицидального поведения в известной степени носит условный характер, поскольку длительность каждого из этапов существенно различаются у разных лиц.

## 2. Возрастные особенности суицидального поведения несовершеннолетних

Подростковый период характеризуется стремлением подростков и молодых людей к увеличению своей свободы и независимости от взрослых, с одной стороны, и стремлением к объединению в группы - с другой. Именно референтная группа становится для подростков местом реализации основных потребностей этого периода: потребности в общении, самореализации и уважении.

Подростки крайне нестабильны в самооценке и при этом – большие максималисты; они всегда сомневаются в своих знаниях и способностях, для них характерна частая смена настроения, тревожность. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

В подростковом сознании суицид часто не имеет истинных завершённых форм, а замыслы, мысли, попытки – это демонстративно-шантажное поведение: суициденты вовсе не хотели умереть, а только достучаться до кого-то, позвать на помощь, обратить внимание на свои проблемы. У подростков так же, как и у взрослых, основной причиной суицида выступает социально-психологическая дезадаптация, но для них это нарушения в общении с близкими.

В подростковом возрасте дети очень восприимчивы, импульсивны и ведомы. Противоречие между возросшими физическими и духовными возможностями ребенка нередко приобретают острую форму, порождая сильные эмоциональные переживания, нарушения взаимопонимания со взрослыми. На остроту протекания кризисов оказывают влияния индивидуальные особенности личности ребенка, что может спровоцировать и суицидальное поведение ребенка.

Дети часто воспринимают окружающий их мир враждебно. Находясь во внутреннем конфликте с самим собой, ребенок не может обратиться за помощью к родителям за поддержкой. Именно по этой причине подростковый возраст (с 11-15 лет) сопряжен с одиночеством, которое переживается детьми очень тяжело. У ребенка возникает потребность проговорить эти переживания, разобраться в своем внутреннем состоянии, но родителям он не доверяет. Часто ребенок обращается за помощью к сверстникам, к группе «себе подобных». Именно такая группа сверстников может оказать поддержку ребенку в сложный для него период, став определенным каркасом, группа, в которой за каждым

ее членом закреплена определенная социальная роль. Если эта группа имеет положительную характеристику, то именно она становится эмоциональным убежищем для подростка, помогающим ему быть в относительной безопасности.

В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.

Большинство исследователей отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет - редкое явление, и только с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам [10].

Для детей в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других. Нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например, прогулами школы или конфликтами.

Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы и т.д.. В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями.

Другим чрезвычайно важным фактором выступает влияние подростковой субкультуры.

#### Особенности суицидального поведения подростков:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий суицидальных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте, как правило, воспринимается очень абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийства детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. Депрессивные состояния, которые в подростковый период выражаются иначе, чем у взрослых.



5. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка смерть не означает прекращение жизни. Ребенок думает, что все вернется назад. У подростков понимание и осознание смерти формируется после 18 лет.

Таким образом, подростковый возраст – это тот этап развития, для которого свойственны перемены. Психологические и физиологические особенности и изменения, происходящие в этом возрасте, влияют на формирование представления и отношения ребёнка к смерти.

### 3. Факторы риска суицидального поведения

Основными мотивами суицидального поведения несовершеннолетних являются:

- переживание обиды, чувства одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата родительской любви, ревность, неразделенное чувство;
- переживания, связанные со смертью близких, разводом или уходом из семьи родителей, серьезной болезнью;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- боязнь позора, нежелание извиниться;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, протеста, злобы, вымогательство и угроза;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, уйти от трудной ситуации, избежать неприятных последствий;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»)

Психотравмирующая ситуация не всегда является единственной предпосылкой для суицида. Личностные особенности суицидента являются второй составляющей данной ситуации.

Согласно А.Г. Амбрумовой и Е.М. Вроно [5, 10 11], для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

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

Первый признак подросткового суицидального поведения - отсутствие у ребенка друзей, отсутствие стремления быть в коллективе сверстников.

Второй признак - взаимоотношения в семье, часто дети, составляющие «группу

риска», выходят из непростых семей, семей, где много агрессии, скрытой или явной. Скрытая агрессия в семье - холодное отношение к ребенку. Ребенок не до конца воспринимаем родителями. Это проявляется в дистанцированности, безразличии, ребенку не хватает любви, ребенок не чувствует себя нужным и любимым.

Третий признак, на который взрослые должны обратить внимание, - подросток говорит о смерти (часто так говорят, продумывая суицид). Говорят, о том, что им надоела жизнь, что им ничего не интересно, тема смерти начинает появляться на страницах социальных сетей, на полях тетрадей, в рисунках, которые дети рисуют во время урока.

Четвертый признак - наличие в семье подростка фактов суицида среди ближайших родственников. Если кто-то из родственников ушел из жизни через суицид, - это плотно запечатлевается в сознании ребенка, в его памяти как некий возможный вариант решения проблемы, выхода из сложной жизненной ситуации.

#### 4. Ключи суицидального риска детей и подростков

Истинный суицид часто зреет в душе подростка и никак себя не проявляет, тем не менее, если внимательно присмотреться, то можно увидеть какие-то не совсем привычные для него черты поведения. Наиболее общими поведенческими признаками суицидального поведения являются вербальные, эмоциональные, поведенческие. В зависимости от них различают вербальные, бихевиоральные (поведенческие) и ситуационные ключи.

##### Вербальные (словесные) ключи

- Непосредственные высказывания типа «Я подумываю о самоубийстве» или «Было бы лучше умереть» или «Я не хочу больше жить».
- Косвенные сообщения, например, «Вам не придется больше обо мне беспокоиться» или «Мне все надоело» или «Они пожалеют, когда я уйду».
- Шутки или намек на смерть по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми, недосказанность фраз.

##### Бихевиоральные (поведенческие) ключи

- Отчаяние и плач
- Неоднократное обращение к теме смерти в музыке, живописи и литературе
- Повторное прослушивание унылой, печальной музыки и песен
- Повторное прослушивание грустной музыки и песен
- Недостаток жизненной активности
- Самоизоляция от близких (семьи и любимых людей)
- Рост употребления алкоголя или наркотиков

- Изменение суточного ритма (бодрствование ночью и сон днем)
- Повышение или потеря аппетита
- Вялость и апатия
- Неспособность сконцентрироваться и принимать решения, смятение
- Уход от обычной социальной активности, замкнутость
- Приведение в порядок своих дел
- Отказ от личных вещей
- Стремление к безрассудным действиям и поступкам
- В прошлом суицидальные попытки
- Чувство вины, упрек в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка
- Потеря интереса к увлечениям, спорту, работе или школе
- Не соблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью
- Бесперспективные планы на будущее
- Стремление оставаться в состоянии покоя, всё это вызывает раздражение со стороны других людей

#### Ситуационные ключи

- Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону
- Смерть любимого человека, особенно родителей или близких родственников
- Недавняя перемена места жительства
- Семейные неурядицы
- Неприятности с законом
- Коммуникативные затруднения
- Проблемы со школой или занятостью
- Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей
- Хроническая, прогрессирующая болезнь
- Нежелательная беременность

#### 5. Алгоритм психолого-педагогической диагностики по выявлению суицидального риска у несовершеннолетних

1 этап. Изучение индивидуально-психологических, личностных и социальных факторов, обуславливающих суицидальное поведение подростков.

2 этап. Подбор психодиагностического инструментария для выявления уровня суицидального риска несовершеннолетних (Приложения 1-4)

3 этап. Направление к медицинским специалистам в случае выявления высокого уровня суицидального риска у ребенка.

Условием эффективной работы по выявлению детей с высоким уровнем суицидального риска является своевременное обращение классного руководителя или учителя к специалистам в случаях:

- наличия у ребенка серьезных поведенческих проблем (отказ от соблюдения установленных норм и правил, агрессивное поведение и т.п.);
- появления у ребенка проявлений депрессивного состояния (замкнутость, «уход в себя», эмоциональные «всплески» и др.);
- пропуска обучающимися уроков и учебных дней без уважительных причин;
- употребления или предполагаемого употребления ими спиртных напитков и других наркотических веществ;
- кризисной ситуации в семье;
- резкого ухудшения состояния здоровья;
- в других случаях, когда ухудшение социальных условий представляет угрозу эмоциональному благополучию подростка.

Процедура диагностики предполагает работу по четырём основным направлениям:

- диагностика личностных особенностей ребёнка;
- диагностика ситуации в школе;
- диагностика ситуации в семье;
- диагностика ближайшего окружения.

Цель состоит в выявлении:

- 1) причин, провоцирующих суицидальное поведение подростков;
- 2) проблем и резервов для осуществления коррекции (личные качества ребёнка, воспитательный потенциал семьи, ближайшего окружения).

В диагностике принимают участие следующие специалисты школы: классный руководитель, психолог, социальный педагог. По необходимости привлекаются дефектолог, логопед, медработник (из числа сотрудников образовательной организации, методического кабинета управления образованием, региональных и районных центров психолого-медико-социального сопровождения и др.).

Социальный педагог:

- проведение социальной диагностики возможных причин девиантного поведения (в том числе изучение ближайшего окружения, ситуации в семье и школе).

Штатный психолог:

- проведение психологической диагностики возможных причин девиантного поведения (в том числе изучение ситуации в семье и школе);

- проведение психологической диагностики индивидуально-психологических особенностей и личностных характеристик несовершеннолетних.

Классные руководители:

- выявление детей с девиантным поведением;  
- проведение первичной диагностики возможных причин девиантного поведения (в том числе изучение ситуации в семье и школе).

Штатный медработник:

- участие в выявлении детей с девиантным поведением;  
- участие в выявлении детей с признаками резкого ухудшения здоровья.

Взаимодействие классного руководителя, учителей, психолога и социального педагога обеспечивает эффективность работы по выявлению и сопровождению учащихся группы социального риска, то есть обучающихся, которые находятся в неблагоприятных социальных условиях и испытывают на себе воздействие негативных социальных факторов развития.

Диагностика личностных особенностей ребёнка: изучение индивидуально-психологических особенностей, выявление проявлений депрессивного состояния, выявление тревожности, страхов, типа агрессии, определение уровня самооценки, установление фактов применения социально неодобряемых способов поведения.

Диагностика ситуации в школе: выявление сформированности УУД (универсальные учебные действия), одарённости, определение характера отношений ребёнка с учителями, одноклассниками.

Диагностика ситуации в семье: выявление характера отношений ребёнка с братьями, сёстрами (если они есть), оценка условий для самовыражения ребёнка, определение модели семейного воспитания.

Таким образом, диагностический этап завершается созданием перечня проблем и резервов, с которыми специалисты школы будут работать на этапе коррекции.

6. Основные направления и методы профилактической работы по предотвращению суицидов несовершеннолетних

**Общение, оценка ситуации:**

- мониторинг контента социальных сетей, участия в группах в социальных сетях, поисковых запросов, выявление суицидальных мыслей или планов;  
- разработка программ повышения квалификации с использованием информационных технологий для педагогических работников, руководителей общеобразовательных

учреждений, волонтеров для формирования представлений о суицидальном поведении детей и подростков, причинах его возникновения и факторах риска.

## **ЭКСТРЕННЫЙ СЛУЧАЙ**

### **Идентификация, передача в МВД:**

- обращение по телефону доверия (ТД), в режиме конференции, не прекращая беседы с суицидентом, сообщение в МЧС, службу Скорой помощи, в полицию при необходимости установление адреса.

Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» работает круглосуточно, без выходных и праздников. Ежедневно в смену работает: 4 медицинских психолога Детского телефона доверия, которые оказывают экстренную психологическую помощь по телефону и по средствам онлайн-чата на сайте СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина». Экстренная психологическая помощь оказывается по телефонам: 8-800-2000-122, 576-10-10, 112, 004.

Очные приемы ведутся ежедневно, без выходных и праздников с 10:00 до 22:00. Ежедневно работают: 1 врач-психиатр, 1 врач-психотерапевт, 3 медицинских психолога для оказания экстренной психологической помощи, 1 медицинский психолог-диагност для проведения экстренной диагностики психоэмоционального состояния с оценкой суицидального риска.

В ночное время, без выходных и праздников, с 22:00 до 10:00 помощь оказывают дежурные специалисты: врач-психиатр/психотерапевт, медицинский психолог для оказания экстренной психологической помощи.

Для снятия страха «психиатрии» помощь в отделении по желанию пациентов/их законных представителей может оказываться анонимно.

### **Предотвращение попытки суицидов (подготовки)**

При подозрении на текущий суицид:

- Вызов бригады скорой медицинской помощи
- Сообщение в полицию
- Оказание экстренной психологической помощи по телефону с обеспечением непрерывного вербального контакта

### **Высокий риск суицида, в том числе повторного**

- Госпитализация в психиатрический стационар.

### **Медицинское учреждение:**

Психодиагностическое исследование с использованием методик для оценки

психоэмоционального состояния с оценкой суицидального риска (всем лицам, вне зависимости от причин обращения, в плановом порядке проводится диагностика психоэмоционального состояния с целью выявления латентных суицидальных намерений).

Приглашение на экстренный очный прием к специалистам отделения.

Осмотр врача психиатра/психотерапевта, исследование психоэмоционального состояния с использованием психодиагностических методик с оценкой суицидального риска в стационаре.

Консультация врача-психиатра.

На основании комиссионного осмотра принятие решения о тактике ведения пациента, в том числе решения о необходимости госпитализации в психиатрический стационар.

### **Консультирование родителей (опекунов)**

Индивидуальная, групповая, семейная психотерапия в отделении ОМСП и ПП с «ТД», консультирование в ППМС-центрах, у школьных психологов.

Психологическое просвещение и консультирование родителей (законных представителей) специалистами ППМС-центров, психологами образовательных организаций

## **НЕ ЭКСТРЕННЫЙ СЛУЧАЙ**

**Поддерживающее общение, уточнение ситуации, коррекция, консультирование.**

Организации индивидуальных и групповых онлайн-занятий по обучению техникам (или технологиям) проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийств: терапия кризисных состояний, формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования.

Мониторинг образовательной среды и социально-психологического климата в ОУ

Индивидуальная, групповая, семейная психотерапия в отделении ОМСП и ПП с «ТД», консультирование в ППМС-центрах, у школьных психологов.

**В случае выявления неблагополучия в зависимости от ситуации подключение**

органов опеки, системы образования, системы здравоохранения, МВД, надзорных органов.

Изучение индивидуальных и социально-психологических характеристик, складывающихся межличностных отношений в семье и школе, выявление лиц, требующих повышенного психолого-педагогического внимания (тревожное поведение, затяжные нарушения сна, накапливание аффекта и агрессивных тенденций, начало и завершение депрессивных фаз, выраженное чувство вины, собственной несостоятельности, девиантное поведение, отсутствие или потеря жизненных целей и межличностных связей, трудности в учебной деятельности, социально-психологическая дезадаптация).

#### **Направление к психологу и/или иному специалисту**

В случае отказа от госпитализации и отсутствии показаний к недобровольной госпитализации на момент осмотра - направление в ПНДО по месту жительства для организации наблюдения, психотерапевтическая помощь в отделении МСП и ПП с «ТД».

Индивидуальная, групповая, семейная психотерапия в отделении ОМСП и ПП с «ТД», консультирование в ППМС-центрах, у школьных психологов, совместное планирование способов преодоления кризисной ситуации.

#### **Контакт с родителями, совместная работа над ситуацией**

Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние (индивидуальные и групповые консультации, тренинговые занятия).

Организация индивидуальных и групповых онлайн-занятий по обучению техникам (или технологиям) проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Для урегулирования школьных конфликтов привлекаются администрация, школьный психолог, специалисты службы школьной медиации.

Индивидуальные, групповые, семейные консультации в отделении ОМСП и ПП с «ТД», ППМС-центрах, школьными психологами до нормализации психического состояния и разрешения конфликтов, совместное планирование способов преодоления кризисной ситуации, коррекция симптомов тревоги членов семьи.

#### **Оценка ситуации по итогам коррекции ситуации и/или работы специалиста**

В дальнейшем комплексная оценка психоэмоционального состояния с использованием психодиагностических методик с оценкой суицидального риска в конфликтных, кризисных и трудных жизненных ситуациях. Проводится в ОМСП и ПП с «ТД», ППМС -центрах, школьным психологом.



Проведение профилактических бесед с родителями (законными представителями) с разъяснением причин, принципов формирования и способов преодоления кризисных состояний, возрастных особенностей, определяющих возможность формирования мыслей суицидальной направленности.

Прогнозирование вероятности повторения ситуации, возникновения условий для повторения.

### **Прекращение активного общения в случае изменения ситуации**

Специфическая задача школы в сфере профилактики суицидального поведения несовершеннолетних заключается в проведении именно ранней профилактики.

**Основой ранней профилактики является:** создание условий, обеспечивающих возможность нормального развития подростков; своевременное выявление типичных кризисных ситуаций, возникающих у учащихся определенного возраста.

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*).

Психолого-педагогическое сопровождение должно быть направлено на формирование жизнестойкости несовершеннолетних, в частности тех компонентов (качеств личности), которые являются общими у эффективно адаптирующихся людей:

- а) реализм, т.е. способность видеть и принимать действительность такой, какова она есть;
- б) умение видеть смысл в различных жизненных ситуациях, находить конструктивный элемент в любой жизненной ситуации;
- в) способность творчески перерабатывать известное и выработать новые, непривычные или неочевидные методы решения проблем.

В формировании жизнестойкости немалую роль призваны сыграть учителя гуманитарного цикла, которые обеспечивают специфическую направленность учебных занятий по истории, литературе, этике, мировой художественной культуре (МХК): на уроках проводят беседы о смысле бытия, о ценности жизни, о неповторимости каждого мгновения. В качестве возможных форм превенции могут быть предложены уроки-биографии, уроки-примеры, уроки-судьбы, уроки-встречи, уроки-диспуты о смысле жизни, уроки логотерапии, уроки-экскурсии, самообразование, овладение «Азбукой превенции».

Второе направление психолого-педагогического сопровождения - *кризисное* (поственция). Подросток должен знать факторы, повышающие риск суицида: межличностные кризисы (в том числе так называемая реакция короткого замыкания); тяжелая утрата (состояние психалгии); 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 (несбалансированная психика); нарушенная самокритичность; тяжелая наследственность; неблагоприятные социальные условия; наличие прежних попыток суицида; тяжелые соматические заболевания.

Рекомендуется дополнительно использовать возможности 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.

Показанием к индивидуальной профилактической работе являются выраженные нарушения поведения, эмоциональные расстройства или специфические проблемы, связанные с ближайшим окружением ребенка (насилие в семье, потеря близкого человека). Конкретное содержание этой работы зависит от индивидуальных проблем ребенка, на разрешение которых она направлена. К ведению этой работы привлекаются специалисты внешних социальных служб, оказывающих помощь разным категориям дисфункциональных семей.

В качестве **методов и приемов профилактической деятельности**, которыми могут использовать в своей деятельности педагоги, применяются:

- организационные (педагогические советы, консилиумы, семинары, обсуждения в групповых дискуссиях, круглые столы);
- информационные методы (памятки, стендовая информация, информационные листы, буклеты, ИКТ);
- специализированные уроки; классные часы;
- индивидуальные беседы (личностное общение);
- внеклассные мероприятия (диспуты, ролевые игры, конкурсы, акции, флеш-мобы и т.д.); коллективные творческие дела;
- секции, клубы, кружки по интересам;
- волонтерская деятельность;

- участие в детских общественных организациях (в рамках школы).

Низкий уровень психологической компетентности мешает грамотному построению системы профилактической работы, затрудняет педагогическое взаимодействие с детьми и подростками.

Во-первых, педагоги должны быть осведомлены о наличии взаимосвязи между риском возникновения суицидального поведения и членством подростка в определенных референтных для него группах, которые главным образом состоят из представителей юношеского возраста, с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением; сверхкритичных к себе; страдающих от недавно испытанных унижений или трагических утрат; фрустрированных несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями; страдающих от болезней или покинутых окружением.

Во-вторых, на подростка следует обратить особое внимание в случае возникновения любых событий, влекущих за собой любые изменения в поведении.

В-третьих, педагоги должны быть не только осведомлены о признаках депрессии у детей и подростков, но и уметь их распознать хотя бы на уровне наблюдения: печальное настроение; потеря свойственной детям энергии; чувство скуки; чувство усталости; внешние проявления печали; нарушения сна; соматические жалобы; изменение аппетита или веса; ухудшение успеваемости; снижение интереса к обучению; страх неудачи и т.д.

В-четвертых, педагог должен отчетливо представлять признаки эмоциональных нарушений, которые являются значимыми факторами риска суицидального поведения: потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней; частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость); необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду; внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей и т.д.

В-пятых, педагог должен разбираться в признаках **высокой вероятности** суицида: открытые высказывания о желании покончить жизнь самоубийством (в адрес знакомых, в письмах родственникам, любимым); косвенные «намекы» на возможность суицидальных действий (например, появление в кругу друзей с петлей на шее из брючного ремня, веревки, телефонного провода, «игра» с оружием, имитирующая самоубийство); активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств (собираание таблеток, хранение отравляющих веществ, жидкостей и т.п.); фиксация на примерах самоубийств

(частые разговоры о самоубийствах вообще); символическое прощание с ближайшим окружением (приведение всех дел в порядок, раздача в дар ценного имущества); разговоры о собственных похоронах; составление записки об уходе из жизни.

Примерные мероприятия общей профилактики суицидальных проявлений у обучающихся представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

#### ОБЩАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДА

<b>Причины</b>	<b>Направления работы</b>	<b>Формы и методы работы</b>
Неприятности в ОУ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проведение мероприятий, способствующих более мягкой и быстрой адаптации к школе, классу;</li> <li>- изучение индивидуальных способностей учащихся, формирование учебных навыков, воли и настойчивости в преодолении ее трудностей;</li> <li>- оказание помощи отстающим;</li> <li>- недопущение необоснованных физических и морально-психологических перегрузок учащихся;</li> <li>- проведение психопрофилактических мероприятий.</li> </ul>	<p>тренинги, изучение психофизиологических особенностей учащихся, изучение документов опросы, тестирование, обмен информацией между педагогами, психологами, руководителями ОУ.</p>

<p>Неблагополучный морально-психологический климат в учебном коллективе, конфликты между учащимися.</p>	<p>-наблюдение за поведением учащихся в урочное и внеурочное время;  - изучение социально-психологических процессов в учебных коллективах;  - поддержание в учебных коллективах атмосферы дружбы, товарищества, взаимопомощи, уважение личного достоинства каждого учащегося, предупреждение конфликтов, глумлений и издевательств;  - своевременное реагирование на запросы учащихся.</p>	<p>-своевременное реагирование на жалобы учащихся;  - анализ взаимоотношений учащихся;  - индивидуальные беседы и социометрические опросы</p>
<p>Несоблюдение законности и социальной справедливости в жизни учебного коллективов.</p>	<p>- юридическое просвещение учащихся;  - разъяснение законов об ответственности за доведение до самоубийства;  - защита чести и достоинства каждого учащегося.</p>	<p>- вечера вопросов и ответов на правовые темы, встречи с юристами, организация в ОУ уголков правовых знаний.</p>
<p>Скучный заорганизованный досуг, несоответствующий интересам и личным потребностям учащихся</p>	<p>- создание условий для проявления творческих способностей учащихся;  - вовлечение в самодеятельное творчество</p>	<p>- художественная самодеятельность, творческие студии, кружки, клубы по интересам;  -тематические вечера;  -посещение музеев, выставок и т.п.;  - соревнования.</p>

Семейные неурядицы, ревность, неразделенная любовь.	-анализ обстановки в семьях учащихся; -организация совместного досуга учащихся и членов семей, различные виды творчества, спорт; - оказание практической помощи в налаживании семейно-бытовых отношений; - организация «Службы здоровья семьи».	-проведение индивидуальных бесед с учащимися; -беседы членами их семей по вопросам детско-родительских отношений; - родительские собрания, беседы о культуре, семейных и бытовых отношениях, встречи семей различных поколений; - клубы семейного воспитания: Советы отцов и т.п.; -урегулирование конфликтных ситуаций, связанных с отношениями в школе, семье с привлечением конфликтной комиссии, юристов, педагогов, психологов и других специалистов.
---	--	--

### **7. Рекомендации для педагогов по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних**

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

- не отталкивайте его, если он решил поделиться с вами своими проблемами, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией. Помните, что подростки с суицидальными наклонностями редко обращаются за помощью к специалистам;
- доверяйте своей интуиции, если вы чувствуете суицидальные наклонности у этого подростка. Подмечайте предупреждающие знаки;
- не предлагайте того, чего не в состоянии гарантировать. Например, «Конечно, твоя семья тебе поможет»;
- дайте знать, что готовы ему помочь, но не видите необходимости в том, чтобы держать все в секрете, если какая-то информация может оказать влияние на его безопасность;
- сохраняйте спокойствие и не осуждайте, вне зависимости от того, что вы говорите;
- говорите искренне. Постарайтесь установить, насколько серьезна угроза. Помните, что вопросы о суицидальных мыслях не всегда завершаются попыткой покончить с собой.

с жизнью. На самом деле подросток может почувствовать облегчение от осознания проблемы;

– попытайтесь узнать, разработан ли у него план действий. Конкретный план – знак действительной опасности;

– убедите подростка в том, что действительно есть человек, к которому можно обратиться за помощью;

– не предлагайте простых решений типа «Вам сейчас необходимо хорошо выспаться, утром Вы почувствуете себя лучше»;

– покажите подростку, что вы намереваетесь поговорить о чувствах и не осуждаете его за эти чувства;

– помогите ребёнку осмыслить, как управлять кризисной ситуацией и осознать, что сильный стресс препятствует целиком осознать ситуацию. Ненавязчиво предложите найти некое решение;

– окажите помощь в поиске людей или места, которые бы снизили переживаемый стресс. При любой возможности влияйте так, чтобы немного уменьшить давление;

– помогите подростку осмыслить, что присутствующее чувство безопасности не будет постоянно.

Наряду с принципами существуют и *стратегии*, направленные на **снижение риска суицида** при общении.

1. *Поправка на вентиляцию чувств.* Позвольте подростку полностью высказаться, не перебивая его.

2. *Гарантия.* Заверьте подростка, что вы можете быть полезны и заинтересованы в разговоре с ним.

3. *Подкрепление позитивных настроений.* Усиьте позитивный момент, скажите, что вы рады, что он поступил именно так.

4. *Представьте альтернативный способ выражения чувств.* Эта стратегия предполагает помощь в идентификации поступков, которые он мог бы совершить вместо попытки самоубийства.

5. *Признание страданий.* Серьезно отнеситесь к его заботам в сложившейся ситуации.

6. *Исследование летальности.* Беседуя, попытайтесь получить информацию, относящуюся к факторам летальности.

7. *Обучение навыкам психосаморегуляции.* (Приложение 5)

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Т.о., деятельность педагогов по профилактике суицидального поведения направлена на выявление первых признаков изменений в поведении учащихся с целью своевременного информирования психолога, медицинского работника и администрации школы, с одной стороны, и оказания поддержки обучающимся, находящимся в трудных жизненных ситуациях, с другой стороны.

Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних должна включать организацию психолого-педагогического сопровождения обучающихся и их родителей, обучение педагогического коллектива навыкам раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних, совместную деятельность с учреждениями других ведомств (здравоохранение, социальная защита, органы внутренних дел).

Работа по профилактике суицидального поведения обучающихся ведется как в рамках реализации основных, так и дополнительных образовательных программ общего образования.

Следует отметить, что результаты работы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся возможны при условии создания благоприятной психолого-педагогической обстановки и комфортного климата для обучения в образовательной организации; выявления на раннем этапе несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию, и оказания им своевременной психолого-педагогической помощи и включение детей и подростков в профилактическую программу по оказанию им помощи; снижение количества детей с суицидальным риском, предупреждение суицидальных попыток, рецидивов и возникновений осложнений.

На сегодняшний день в большинстве случаев профилактическая работа сводится к определению социальных факторов риска суицидального поведения у подростков и принятию мер, направленных на профилактику повторных суицидальных попыток.

Отмечается эффективность работы службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия для детей и подростков 8-800-2000-122», благодаря которой удается предотвратить суицидальные попытки среди детей и подростков.

Необходима согласованность в деятельности различных ведомств в оказании комплексной поддержки и помощи несовершеннолетним, а также их оперативное реагирование на сложные социальные и психологические ситуации конкретной семьи, конкретного ребенка.



Тем не менее, проблема суицидального поведения среди несовершеннолетних остается достаточно актуальной, именно поэтому в качестве перспектив развития профилактики называются такие направления работы, как повышение квалификации специалистов, поиск эффективного информирования родителей и законных представителей несовершеннолетних о суицидальном риске, улучшение социальной среды для детей.

### **Глоссарий**

**Акцентуация характера** - чрезмерное усиление отдельных черт характера и их сочетаний, представляющих крайние варианты нормы, характеризуется тенденцией к социально-положительному и социально-отрицательному развитию в зависимости от воздействия среды и воспитания.

**Группа риска** - категория детей и подростков, более других склонная совершать аморальные или уголовно наказуемые поступки.

**Деадаптация** - психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка требованиям новой социальной ситуации. Различают патогенную, психическую, социальную деадаптацию детей и подростков.

**Деструкция** - разрушение, деструктивное - разрушающее поведение, противоположное - конструктивное поведение.

**Истинная попытка суицида** - акт, потенциально направленный против себя и совершенный с присутствием желания уйти из жизни.

**Краудсорсинг** (англ. *crowdsourcing, crowd-* «толпа» и *зоггыц-* «использование ресурсов») - передача определённых функций неопределённому кругу лиц. Решение общественно значимых задач силами множества подготовленных добровольцев. Самый яркий пример краудсорсинга - интернетная Википедия.

**Негативные отклонения в поведение человека** - система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

**Ригидность** - (от лат. *rigidus-* жесткий, твердый) - затрудненность, (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки).

**Сензитивность** - повышенная чувствительность человека к происходящим событиям, обычно сопровождается повышенной тревожностью, боязнью новых ситуаций, людей, всякого рода испытаний.

**Суицид (самоубийство)** - намеренное лишение себя жизни. Это реакция человека на проблему, кажущуюся непреодолимой, жестокость окружающих, отчуждение, смерть близких, детство, проведенное в разбитой семье, серьезная физическая болезнь, невозможность найти работу, финансовые затруднения, наркомания и др.

**Факторы риска суицида** - внешние и внутренние параметры, с высокой вероятностью оказывающие влияние на формирование и реализацию суицидальных намерений.

**Фрустрация** (от лат. frustratio - обман, тщетное ожидание, расстройство, неудача) - психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствия достижению цели.

**Эмпатия** - (греч. empatheia - сопереживание) - постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Протокол заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и их прав от 25 сентября 2019 г. № 23 [Электронный ресурс] // URL: [http://suz.informio.ru/files/directory/documents/2019/10/23\\_ot\\_25\\_09.2019.pdf](http://suz.informio.ru/files/directory/documents/2019/10/23_ot_25_09.2019.pdf).

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.09.2019 № 2098-р «Об утверждении комплекса мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних» [Электронный ресурс] // Сайт Центр российского образования. URL: <https://rusedu.center/docs/category/10-rasp.html> (датаобращения: 30.01.2020).

3. 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.

4. Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Санкт-Петербурга от 26.01.2021 № 1-03-03/2021 <https://zakon.gov.spb.ru/media/uploads/userfiles/2021/02/26/Scan.pdf>

5. Амбрумова А.Г., Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим, виктимным поведением / О. О. Андронникова // Вестник томского государственного педагогического университета. - 2009. -№9.

6. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4.
7. Банников Г.С., Вихристюк О.В. Раннее выявление актуальных и потенциальных факторов риска суицидального поведения среди несовершеннолетних // Психическое здоровье и образование, 2012.
8. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - 3-е изд., доп. и перераб. – СПб.:Прайм-Евронанк, 2006.
9. Саркьяпоне М. Базовые принципы и лучшие практики предупреждения суицида среди детей и подростков // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Состояние и перспективы развития социально-психологической службы в системе образования Республики Казахстан» (Казахстан, Астана, 10 февраля 2012 г.).
10. Сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». 2018.
11. Синягина Н.Ю. К вопросу о детском суициде и путях его профилактики средствами образования // Справочник педагога-психолога. - 2014. - №3.
12. Тихоненко В.А. Покушения на самоубийство и их профилактика. Диссертация на соискание уч. ст. д. м. н. – М., 1981.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой

Предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства.

Инструкция: Вам будет предложено оценить 29 утверждений. Если Вы, читая утверждение, соглашаетесь с ним, то поставьте знак «+» в соответствующей графе регистрационного бланка. Если не соглашаетесь – поставьте знак «-».

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определённно не везёт в жизни.
6. Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.

10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Регистрационный бланк

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

Ключ

По каждой шкале подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл умножается на коэффициент. Делается вывод о наличии/отсутствии факторов суицидального риска и степени их выраженности. Чем ближе значение фактора к максимально возможной его величине, тем более он выражен.

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

#### Интерпретация

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

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

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

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная шкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью.

Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

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

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

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

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

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

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### **Анкета оценки суицидального риска П.И. Юнацкевичем.**

#### Регистрационный бланк

Инструкция: Просим Вас ответить на поставленные ниже вопросы. Подчеркните Ваш ответ в соответствующей графе регистрационного бланка.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

	Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторых ситуациях?	да	нет
	Жизнь иногда хуже смерти?	да	нет
	В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.	да	нет
	Меня многие любят, понимают и ценят.	да	нет
	Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.	да	нет
	Я не думаю, что смогу оказаться в безнадежном положении.	да	нет
	Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или найти.	да	нет
	Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы можете жить дальше?	да	нет
	Я иногда думаю о своей добровольной смерти.	да	нет
	В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это ни стоило.	да	нет

#### Ключ

Подсчитывается общее количество совпавших с ключом ответов

«Да» (+): 1, 2, 3, 5, 7, 9

«Нет» (-): 4, 6, 8, 10.

Высчитывается оценочный коэффициент суицидального риска (Sr) по формуле:

$Sr = (N / 10)$ , где

N – количество совпадений с ключом.

Показатели Sr могут варьировать от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, – высокий уровень склонности к суицидальным реакциям, близкие к 0, – низкий уровень склонности к суицидальным реакциям.

#### Интерпретация

Оценка уровня склонности к суицидальным реакциям:

до 0,2 – низкий (5 баллов)

0,2 – 0,3 – ниже среднего (4 балла)

0,4 – 0,5 – средний (3 балла)

0,6 – 0,7 – выше среднего (2 балла)

0,8 и более – высокий (1 балл)

**Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсона**

Инструкция. Вам предлагается ряд утверждений. Рассмотрите последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления применительно к Вашей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Выбранный вариант отметьте знаком «+».

Обработка результатов и интерпретация

Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов «часто» умножается на 3, «иногда» – на 2, «редко» – на 1 и «никогда» – на 0. Полученные результаты складываются. Максимально возможный показатель одиночества – 60 баллов.

Высокую степень одиночества показывают от 40 до 60 баллов, от 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества, от 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

Утверждения	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1.Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку				
2.Мне не с кем поговорить				
3.Для меня невыносимо быть таким одиноким				
4.Мне не хватает общения				
5.Я чувствую, будто никто не понимает меня				
6.Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят, напишут мне				
7.Нет никого, к кому бы я мог обратиться				
8.Я сейчас больше ни с кем не близок				
9.Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи				
10.Я чувствую себя покинутым				
11.Я не способен раскрепощаться и общаться				
12.Мои социальные отношения и связи поверхностны				
13.Мне не достает компании				
14. В действительности никто как следует не знает меня				
15. Я чувствую себя изолированным от других				



16. Я несчастен, будучи таким отверженным				
17. Мне трудно заводить друзей				
18. Я чувствую себя исключенным и изолированным другими				
19. Люди вокруг меня, но не со мной				

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн

Метод оценки человеком своего счастья был предложен американским психологом Т. Дембо (1962). В дальнейшем С.Я. Рубинштейн (1970) в эту методику было включено еще три шкалы (здоровье, умственное развитие, характер). Настоящий метод крайне прост, для его реализации необходимо иметь лишь лист бумаги и карандаш. На листе бумаги исследующий рисует вертикальную линию и сообщает испытуемому, что на верхнем полюсе находятся самые счастливые люди, а на нижнем – самые несчастные. Обследуемого просят обозначить свое место на линии. Такие же вертикальные линии рисуются и для выявления самооценки по другим шкалам: здоровье, умственное развитие, характер. Для более упрощенной формы работы каждую из шкал можно разделить на несколько отрезков, что позволит испытуемому быстрее определиться на указанной шкале.

Кроме того, для облегчения понимания инструкции детьми С.Я. Рубинштейн предложила несколько модифицировать условия эксперимента. Например, испытуемому предлагают сначала определить свое место на шкале, обозначающей рост учеников в его классе. На верхнем полюсе находятся самые высокие (+) ученики класса, на нижнем – самые низкие (-). У ребенка спрашивают: «Где бы ты расположил себя на этой линии?» После этого переходят к его самооценке по шкалам «Здоровье», «Умственное развитие» и т.д. Иногда для более объективного представления о себе, своих качествах обследуемому предлагают карандашом другого цвета обозначить место соседа по парте, товарища и т.д., а затем переходят к обсуждению.

В беседе с испытуемым уточняются особенности его самооценки, имеющиеся проблемы, выясняются его представления о счастье и несчастье, здоровье и болезни, хорошем и плохом характере и т.д. Во всей этой работе важно не столько то, где находится отметка испытуемого, а то, как он мотивирует свой выбор, насколько критично относится к себе, к своим личностным качествам. Педагог может дополнить данную методику другими интересующими его шкалами (например, уровень достижений в учебе, интерес к учебе, отношения к ребенку сверстников, семейное благополучие и т.д.), которые позволили бы

рассматривать изучаемую личность в аспекте ее общения и деятельности. Данная методика позволяет выявить также личностную примитивность испытуемого, которая проявится в его поверхностных суждениях о счастье, умственных способностях, здоровье.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### Что сделать для психопрофилактики?

1. Определить наличие нервно-психической неустойчивости, акцентуации характера, психопатических черт (диагностировать, наблюдать).

2. Зафиксировать наличие высказываний суицидального характера.

3. Оценить возможность суицидальных проявлений в связи с возникшим острым конфликтом, неудачей, вскрытым правонарушением, потерей близкого человека.

4. Выявить факты нервно-психических расстройств, суициды в семье, у родственников.

5. Определить тип семейного воспитания (гипер- и гипопротекция, условия эмоционального отвержения, жестоких взаимоотношений, моральной повышенной ответственности).

8. Определить вероятность скрытого алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Физиотерапия – лечение естественными и получаемыми искусственно физическими факторами внешней среды.

### Дыхательные упражнения:

1. Очистительное дыхание (прерывистое, после полного заполнения нижней, средней и верхней части легких).

2. Выдох ХА.

3. Через каждую ноздрю вдох-выдох попеременно.

4. Ритмическое 6 уд. пульса – вдох -3 – задержка, выдох.

### Рефлексопрофилактика:

1) возбуждающий и успокаивающий метод надавливания, поглаживания, растирания – при вращательных движениях;

а) для снятия усталости:

по срединной линии головы – спереди назад, легкий (!) массаж зоны сонных артерий – от нижней челюсти к ключице;

задняя поверхность шеи – справа и слева от остистых шейных позвонков – по 10 поглаживаний вверх и вниз, затем у остистого отростка VII шейного позвонка.

б) для оптимизации работоспособности – растирание ладоней и каждого пальца, боковые поверхности пальцев – справа и слева от ногтевого ложа;

2) Методика Умовской – пальцевый массаж 9 зон активных биологических точек (2-3 минуты) – повышение адаптивных возможностей организма (может быть, массаж эбонитовой палочкой с концом в виде шарика 5-7 мм в диаметре);

3) соответствующие упражнения для глаз – зажмуривание-открывание, движение по кругу туда-обратно, повороты влево-вправо, самомассаж глазных яблок, моргание.

Массаж «антистресс».

В течение 3 секунд массировать надавливанием антистрессовую точку. Найти ее нетрудно. Она находится под подбородком. При массировании этой точки чувствуется легкая ломота, жжение. После массирования указанной точки - расслабиться и представить состояние истома, постарайтесь вызвать приятные образы, через 3-5 минут потянитесь на зевке, напрягая и затем расслабляя мышцы.

## Содержание

Введение .....	2
1. Типология, динамика суицидального поведения несовершеннолетних.....	3
2. Возрастные особенности суицидального поведения несовершеннолетних .....	6
3. Факторы риска суицидального поведения .....	8
4. Ключи суицидального риска детей и подростков.....	10
5. Алгоритм психолого-педагогической диагностики по выявлению суицидального риска у несовершеннолетних.....	11
6. Основные направления и методы профилактической работы по предотвращению суицидов несовершеннолетних .....	13
7. Рекомендации для педагогов по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.....	22
Заключение.....	24
Глоссарий.....	25
Литература.....	26
Приложения .....	27