



Суицидальное поведение подростков: диагностика и профилактика



А. В. Горбушина, А. С. Власов

Суицидальное поведение подростков: диагностика и профилактика

Учебное пособие

Киров
2021

© АНО ДПО «Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании», 2021
© ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», 2021
© Горбушина А. В., Власов А. С., 2021

УДК 159.9.07:37.015.3
ББК 88.9:88.6
Г67

DOI: 10.52376/978-5-907419-26-1

Пособие издано в рамках реализации проекта «#Быть».
Проект получил поддержку Фонда президентских грантов (договор № 20-2-019527)

Авторы:

Горбушина Анастасия Владимировна,

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии
ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»;

Власов Александр Сергеевич,

методист АНО ДПО «Межрегиональный центр
инновационных технологий в образовании»,

магистрант ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»

Рецензент –

Корчагина Галина Ивановна, кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры психологии ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет»

Г67 Горбушина, А. В. Суицидальное поведение подростков: диагностика и профилактика [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. В. Горбушина, А. С. Власов. – Электрон. текст. дан. (3,5 Мб). – Киров: Изд-во МЦИТО, 2021. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования: PC, Intel 1 ГГц, 512 Мб RAM, 3,5 Мб свобод. диск. пространства; CD-привод; ОС Windows XP и выше, ПО для чтения pdf-файлов. – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-907419-26-1

Учебное электронное издание

В настоящем учебном пособии содержится развернутая психологическая характеристика суицидального поведения, теоретические модели суицидального поведения; описываются особенности суицидального поведения в подростковом возрасте, результаты исследования суицидального поведения, проведенного в Кировской области в рамках проекта «#Быть», одобренного Фондом президентских грантов; представлены практические разработки по осуществлению диагностики и профилактики суицидального поведения. Учебное пособие предназначено для студентов направления подготовки 37.03.01 Психология, практикующих психологов, педагогов-психологов, социальных педагогов, работающих с категориями лиц группы риска.

ISBN 978-5-907419-26-1

УДК 159.9.07:37.015.3
ББК 88.9:88.6

© АНО ДПО «Межрегиональный центр инновационных технологий в образовании», 2021
© ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», 2021
© Горбушина А. В., Власов А. С., 2021

Оглавление

Введение	5
1. Общая характеристика суицидального поведения.....	7
2. Особенности суицидального поведения подростков в возрасте 12–17 лет.....	12
3. Диагностика суицидального поведения	26
4. Психологическая помощь подростку с низкой и средней степенью риска суицидального поведения	33
5. Психологическая помощь подросткам с высокой степенью риска суицидального поведения	46
6. Общая технология психологической профилактики суицидального поведения среди подростков в возрасте 12–17 лет	51
7. Опыт реализации профилактики суицидального поведения в рамках проекта «#Быть» на территории Кировской области.....	59
Заключение	75
Список использованных источников	76
Приложения.....	80

Введение

В образовательных организациях педагоги и психологи сталкиваются с проявлениями суицидального поведения среди подростков. Причины могут быть самые разные: школьные конфликты, кризисные ситуации, личные трагедии, насилие и жестокое обращение. В условиях неспособности самостоятельно принимать решения, незрелости и ранимости психики подростки становятся группой риска в плане совершения суицида.

Самоубийства подростков занимают 3 место среди ведущих причин смертельных случаев и 4 место среди основных причин потенциальной потери жизни. В России, за последние 5 лет, частота суицидов составила 19–20 случаев на 100 тысяч подростков. Причем чаще всего суициды происходят в сельской местности. Зачастую учителя, педагоги-психологи не имеют представления о технологии оказания психологической помощи подросткам с проявлениями суицидального поведения. Неадекватное поведение учителей и школьного психолога может приводить к непоправимым последствиям – завершённой попытке суицида.

Цель создания учебного пособия – систематизация накопленных знаний и практического опыта работы по профилактике суицидального поведения подростков в возрасте от 12 до 17 лет.

Задачи:

1. На основе теоретического анализа и имеющегося предыдущего опыта исследований описать суицидальное поведение подростка, а также тенденции и разработки в области его профилактики.
2. Представить имеющуюся диагностическую базу оценки риска суицидального поведения.
3. Представить практические разработки в области профилактики и оказания психологической помощи подросткам группы риска.

4. Охарактеризовать имеющийся опыт создания системы профилактической работы на основе материалов исследования суицидального поведения подростков в возрасте 12–17 лет, обучающихся в образовательных организациях Кировской области.

Учебное пособие является результатом обобщения имеющегося теоретического и практического опыта работы с подростками, выполненными в рамках проекта «#Быть», поддержанного Фондом президентских грантов в 2020 году, направленного на профилактику суицидального поведения среди подростков.

1. Общая характеристика суицидального поведения

Традиция изучения суицида заложена в древности. Начиная со времен цивилизаций Древнего Египта, Греции и Рима самоубийство осуждалось и порицалось.

Первые психологические теории, появившиеся в 1/2 XIX века рассматривали суицид как симптом психического заболевания, ненормативный поведенческий акт и проявление болезненной психики.

В XX веке рассмотрение суицида обогатилось пониманием того, что не только психически больной человек может совершить попытку самоубийства, но и психически здоровый человек в условиях безысходности видит лишение себя жизни выходом из трудной жизненной ситуации.

В настоящее время спектр взглядов на суицид дополнился популярным среди молодежи культом необоснованной романтизации самоубийства, повышающей риск возникновения суицидальных намерений и попыток самоубийств именно среди подростков, имеющих незрелую неустойчивую психику.

Изучением суицидального поведения в разное время занимались З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни, В. Франкл, К. Меннингер, А. Г. Амбрумова, А.С. Рахимкулова, В. А. Розанов, Н. Е. Антипова, Д. Brent, Д. Бридж и Т. Голдштейн и другие. Исследованы понятие суицида и суицидального поведения (далее – СП), причины и факторы риска возникновения суицидальных намерений, этапы и виды СП, маркеры суицидальной активности и другие аспекты СП.

Работы вышеуказанных авторов выступили теоретико-методологической основой понимания суицидального поведения.

Суицид (самоубийство, от лат. sui – себя, caedere – убивать) – это осознанный акт целенаправленного ухода из жизни, намеренного лишения себя жизни в результате переживания психотравмирующей ситуации и невозможности самостоятельно найти выход из сложившихся обстоятельств.

Суицид в условиях всеобщей ценности жизни – противоестественный и кардинальный шаг, поэтому решение и намерение совершить самоубийство вызревает, как правило, не мгновенно.

Суицидальное поведение (СП) – это любые внутренние или внешние формы психических актов, определяемые и направляемые представлениями о лишении себя жизни [8, 11, 26, 32].

Суицидент – субъект суицидального поведения.

Суицидальное поведение – понятие более широкое. Под СП можно понимать мысли или внешне проявляемую активность, направляемую намерениями лишить себя жизни. Суицид в данном контексте рассматривается лишь как намеренное действие, конкретная попытка лишения себя жизни со стороны субъекта. Суициду предшествует развернутое во времени СП.

Установлено, что суицидальные попытки чаще всего совершаются лицами, имеющими предрасположенность к суицидальному реагированию. Предрасположенность к суицидальному поведению может развиваться под влиянием ряда генетических, биологических, а также социально-средовых факторов, таких, как наличие психотравмирующих ситуаций, дефекты воспитания, отягощенных семейный анамнез (наличие суицидальных попыток и самоубийств среди близких родственников, частые конфликтные ситуации в семье) и других (А. Г. Амбрумоа, Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэдок, Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, К. Hawton, J. Williams) [2, 3, 4, 17, 18, 22]. Пример факторов предрасположенности к суицидальному поведению представлены в таблице.

Таблица 1. Факторы формирования предрасположенности к суицидальному поведению

Социально-демографические	Природные	Медицинские	Индивидуально-типологические
Пол Возраст Место жительства Семейное положение Особенности внутрисемейных отношений Образование Общественно-профессиональное положение	Время года (весна, осень) Условия изоляции Время суток	Генетические отклонения Отягченная наследственность Острые хронические и соматические заболевания, ограничивающие деятельность активность Психические заболевания Физические и психические травмы	Дисгармоничные личности Морально-этические нормы Морально-религиозные мотивы Состояние аффекта Социальная и психическая незрелость Недостатки воспитания и обучения Влияние СМИ «Эффект Вертера»

По данным исследователей, среди факторов, влияющих на учащение СП, также выделяются резкие изменения жизненного стереотипа, привычного уклада и стиля жизни, отрыв от прежних традиционных культурных ценностей, невозможность заниматься каким-либо привычным видом деятельности [22].

В случае возникновения в жизни человека трудных жизненных обстоятельств, психотравмирующих ситуаций, с которыми он самостоятельно не может справиться, данные факторы могут провоцировать развитие СП, развернутого во времени.

Практически все исследователи СП указывают на течение суицидального поведения во времени в виде фаз, стадий, этапов.

Большинство исследователей сходятся в выделении трех основных этапов СП: пресуицидальный этап (преддиспозиционная фаза), этап реализации суицидальных намерений (суицидальная фаза) и постсуицидальный этап [3, 22, 25, 28].

Рассмотрим эти этапы более подробно.

Пресуицидальный этап (преддиспозиционная фаза) охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей до принятия решения о суициде. Данный этап может иметь различную длительность, что определяется как динамикой самой психотравмирующей ситуации, так и личностными особенностями вероятного суицидента.

Субъект напряжен, пытается самостоятельно найти выход из сложившейся критической ситуации. Его внимание концентрируется на «непреодолимых» трудностях жизни, на мыслях о невозможности разрешить самостоятельно сложившуюся ситуацию и отсутствии потенциальных возможностей решения проблемы. В данный период времени человек остро нуждается в поддержке, установлении дружеских отношений, сопереживании и анализе ситуации. Апогеем нагнетания эмоционального состояния является ретроспективное восприятие жизни, неопределенное чувство внутренней измененности, отчужденности, отстраненности, внутренней пустоты, бессмысленности существования и безысходности. На этом фоне внутреннего состояния может приниматься решение о самоубийстве как единственном способе разорвать «порочный круг».

По мнению Н. Е. Антиповой маркерами сформировавшегося внутреннего состояния «готовности» принять кардинальное решение могут быть [25]:

- Изоляция – чувство, что тобой никто не интересуется и не понимает.
- Беспомощность – когда человек ощущает, что его жизнь находится вне его контроля. Это чувство особенно характерно для лиц молодого возраста, ощущающих, что другие все делают за них и от них самих ничего не зависит.
- Безднадежность – когда будущее ничего хорошего не предвещает.
- Чувство собственной незначимости – когда человек оценивает себя низко, чувствует себя некомпетентным или стыдится себя.

Если хотя бы об одном из данных параметров внутреннего состояния заявляет человек, необходимо оказание психологической помощи.

Принятию решения о самоубийстве обычно способствует событие, «последняя капля», дополнительная психотравма, которая еще более убеждает человека к безысходности и неизбежности катастрофы. Конкретное время совершения суицида определяется поводом- событием типа «последней капли», под влиянием которого пациент принимает решение покончить с собой. Иногда в качестве повода выступают определенные даты, например день святого Валентина, день рождения умершего близкого человека, усугубляющие болезненные переживания человека.

С принятием решения о самоубийстве заканчивается пресуицидальный этап и начинается этап реализации суицидальных намерений.

Этап реализации суицидальных намерений (суицидальная фаза).

На этом этапе суицидент имеет намерение покончить жизнь самоубийством, ищет информацию, необходимую для осуществления суицидальной попытки, планирует предстоящие действия, выбирает подходящий способ самоубийства, обдумывает наилучшее место и время суицида.

В предвосхищении суицида он совершает последние пресуицидальные действия, например, прощается с близкими (которые обычно не догадываются о его намерениях), пишет предсмертную записку и наконец реализует суицид.

Другими словами, этап реализации суицидальных намерений включает планирование предстоящего суицида (выбор оптимального способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и прочего) последовательное осуществление суицидальных действий.

Постсуицидальный этап.

Данный период охватывает промежуток времени спустя 1–3 месяца совершения суицидальной попытки. Если попытка была не завершена, после медикаментозного лечения, есть шанс проанализировать предшествующие события, оказать помощь суициденту, вывести его из состояния безысходности. Если суициденту не удастся выйти из состояния безысходности, вероятно повторение попытки самоубийства. По статистике, наиболее вероятна повторная попытка суицида в течение 10–80 дней с момента незавершенной [2, 3].

Наглядно динамика СП представлена на рисунке 1.

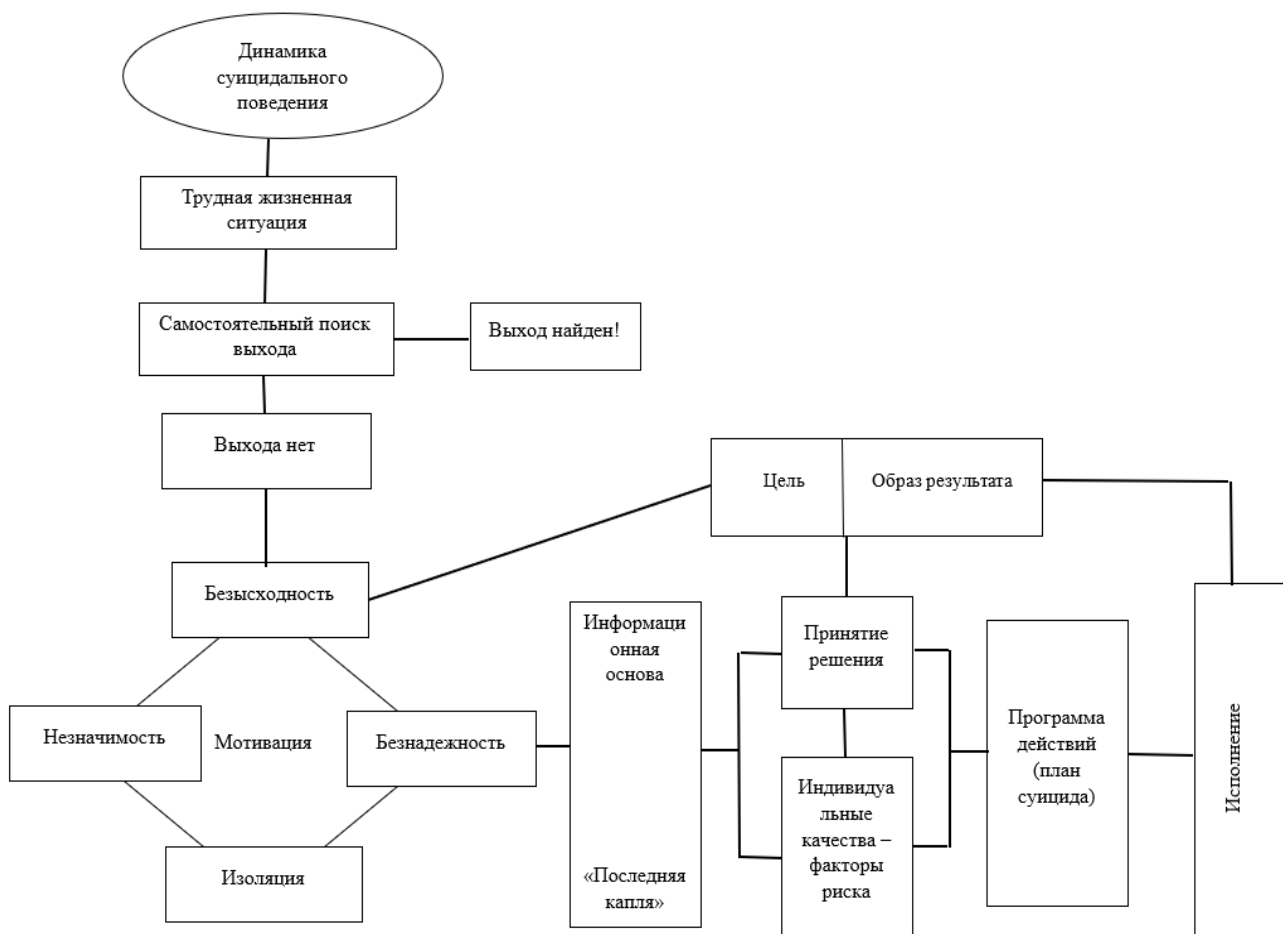


Рисунок 1 – Динамика суицидального поведения

Таким образом, разделяя мнение А. Г. Амбрумовой, Н. Е. Антиповой и других авторов, можно утверждать, что суицидальное поведение детерминировано социально-психологической дезадаптацией личности [2, 3]. На субъективном уровне дезадаптация может проявляться в виде ощущения безысходности, бессилия, невозможности разрешить возникшие конфликт или трудную жизненную ситуацию. Именно внутреннее состояние субъекта является основным побудителем (мотивом, причиной) развития СП [31]. Данные причины необходимо устранять в первую очередь при оказании помощи и профилактике риска суицидального поведения.

2. Особенности суицидального поведения подростков в возрасте 12–17 лет

Подростковый кризис и развитие психики в подростковом возрасте могут быть предпосылками и фактором риска, провоцирующим возникновение СП [13, 15, 23].

Психическое развитие в подростковом возрасте характеризуется рядом противоречий: между физическим и психическим развитием; между возникающим чувством взрослости и детским положением в мире взрослых; между желанием занять высокую статусную позицию, доверительно общаться в среде сверстников и несправедливостью построения межличностных отношений в подростковой среде; между стоящими перед подростком задачами самоопределения и незрелостью, неумением и нежеланием их решать. Данные противоречия определяют конфликтогенный характер возрастного развития и проявление ряда особенностей поведения, увеличивающих риск возникновения СП.

Обозначенные особенности психического развития подростков делают его невыносимым для окружающих и приводят к непониманию и частым конфликтам. В кризисной ситуации подросток, отверженный и оставшийся в одиночестве, может выбрать самоубийство как способ разрешения ситуации.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – явление относительно редкое, но с 14–15-летнего возраста суицидальная

активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет [1, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 18, 20, 21, 25].

Анализ суицидальных проявлений детей и подростков показал, что СП, хотя и имеет много общего с аналогичным поведением у взрослых, все же несет в себе возрастное своеобразие. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и личности в период ее становления.

По данным Е. Б. Любова, П.Б. Зотова [19] психическое благополучие подростков в 2014–2018 гг. ухудшилось и ухудшается по мере взросления. Все более подростков едва справляются со школьной нагрузкой. Чем старше школьники и чем выше нагрузка, тем неприязненнее их отношение к школе и учителям. С удовольствием ходят в школу менее трети подростков. В особенно уязвимом положении социально незащищённые подростки, как представители меньшинств и мигрантов.

А. Г. Заблоцкая провела исследование, в котором выявила основные причины СП, специфические черты характера и наиболее частые способы самостоятельного ухода из жизни. Конфликты внутри семьи составили 60% причин самоубийств, и вторая по важности причина – проблема с лицами противоположного пола – 10%. Чаще при сведении счетов с жизнью подростки выбирают самоповешения (74%), в меньшей степени: падение с высоты, отравление, попадание под транспорт. При желании привлечь к себе внимание чаще всего используется отравления (45%) и самоповреждения (38%). Бросание под колеса автотранспорта, падение с высоты и самоповешение с этой целью применяются редко.

М. А. Алимова в качестве основных мотивов суицидального поведения детей-подростков указывала: 32% – обида, 30% – протест, 38% – одиночество, стыд, недовольство собой. Определить, какой тип людей «суицидоопасен», невозможно. Известно, что одни подростки подвергаются большему риску совершить самоубийство из-за специфических ситуаций, в которых они оказались, и специфических проблем, которые перед ними стоят. В зоне повышенного суици-

дального риска находятся: депрессивные подростки; подростки, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками; подростки, которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи; одаренные подростки; подростки с плохой успеваемостью в школе; беременные девочки; подростки, жертвы насилия [1].

Факторами риска формирования суицидальных тенденций в старшем подростковом возрасте считаются [20, 22, 25]:

- особенности семьи и внутрисемейных взаимоотношений. Неадекватное воспитание, наличие конфликтов, отсутствие поддержки, насилие, завышенные требования, распад семьи, экономические трудности и т. п. могут приводить к попыткам суицида;

- трудности адаптации к учебной деятельности и общению со сверстниками. Общение и отношения со сверстниками высоко значимы для подросткового возраста, поэтому их отсутствие, изоляция или осуждение группой могут спровоцировать повышение суицидальной активности;

- аддиктивное поведение и сексуальные проблемы, так как употребление психоактивных веществ снижает способность к сознательному контролю своего поведения, а сексуальные проблемы, такие как неудачный первый половой опыт, беременность, разрыв отношений и др. могут стать причиной дезадаптивного поведения;

- личностная незрелость и особенности характера, которая проявляется в слабом контроле эмоциональных реакций, высокой импульсивности, неумении найти выход из сложившейся ситуации, несформированность ценностных ориентиров и т. п.;

- стресс и депрессия, так как подростки в большей степени уязвимы, более ранимы и значительно острее воспринимают наличие трудностей и проблем;

- буллинг и кибербуллинг (травля, оскорбление, запугивание) [11, 18].

Можно констатировать, что с буллингом, как травлей или запугиванием сегодня сталкивался каждый второй подросток в школе, среди сверстников. Буллинг крайне тяжело переживается подростком, считающим общение со советниками смыслом собственной жизни. Но гораздо тяжелее переживается и иногда больше

опасностей в плане риска возникновения СП имеет кибербуллинг. Исследователи отмечают, что «психологические последствия киберзапугивания кажутся похожими на последствия традиционного буллинга, однако у жертв кибербуллинга выявляется большее количество социальных и эмоциональных проблем (изоляция, проблемы регуляции эмоций, психологическая дезадаптация, нарушения сна), чем у жертв традиционного запугивания» [12, с.123].

По мнению И. С. Карауш, И. Е. Куприяновой, А. А. Кузнецовой, кибербуллинг широко распространен в подростковой среде и представляет собой достаточно новую форму оказания психологического давления на подростка. Кибербуллинг – «агрессивное, преднамеренное действие, совершаемое группой или отдельным лицом, использующим электронные формы контакта, неоднократно и в течение долгого времени против жертвы, которая не может легко защитить себя» [12, с 118]. Это явление связано с широким спектром проблем психического здоровья и поведения у подростков: депрессией, тревогой (включая развитие посттравматического стрессового расстройства), низкой самооценкой, академической неуспеваемостью, повышением риска употребления психоактивных веществ, делинквентного, рискованного и суицидального поведения. Подростки в виртуальном пространстве представляют собой наиболее уязвимую группу из-за высокой восприимчивости к давлению со стороны сверстников, сниженной способности к саморегуляции, технофилии и характерного для этого возраста сексуального любопытства [32]. В подростковом возрасте, как никогда, люди испытывают фундаментальную психологическую потребность принадлежать к группе сверстников и быть принятыми этой группой;

- увлечение «группами смерти», вовлекающими подростков в специфические виртуальные игры. Суть подобных игр сводится к выдаче заданий для выполнения, наложении на него штрафов и санкций в случае неповиновения. Руководит игрой и, следовательно, поведением подростка, куратор. Его личность скрыта и защищена в отличие от аккаунта подростка. Куратор вычисляет потенциальную жертву и выходит с ней на контакт. Зачастую это совпадает с попаданием подростка в трудную жизненную ситуацию и угнетенное эмоциональное

состояние, что делает подростка легкодоступной мишенью для вовлечения в подобные сообщества. Оказывая первоначальную эмоциональную поддержку для подростка (на фоне ощущения его ненужности и отчужденности в реальной жизни), куратор входит в доверие, объясняет правила игры и внушает подростку, что никому нельзя сообщать об участии в игре, угрожает тем, что знает его адрес и может нанести вред. Более подробно о «группах смерти» можно прочитать [14, 21, 29]. Одним из наиболее распространенных исходов подобных игр является суицидальная попытка, причем выбранная куратором игрового сообщества;

- пропаганда насилия и агрессии СМИ и в сети интернет, а также свободное безответственное размещение информации о случаях суицидов среди несовершеннолетних;

- романтизация смерти в подростковых субкультурах. Считается, что в подростковом возрасте преобладает романтическое отношение к смерти. Ее трактуют как другой способ существования. Подростки, у которых замечались суицидальные мысли, как правило, отвергали возможность о смертельном исходе суицида, так как верили в сохранение сознания после смерти и бессмертия души. Мысли о самоубийстве, в большей степени, представляют собой месть за обиду и ссору, а суицидальные действия, либо тщательно спланированы, либо импульсивны, как и в теории А. Е. Личко [15].

На основе обозначенных факторов риска можно определить и особенности подросткового СП

- импульсивность СП как результат эмоциональной нестабильности подростков;
- склонность к пессимистическому самоанализу;
- подражание и заражение суицидальными намерениями (эффект Вертера);
- романтизация смерти при отсутствии понимания ее необратимости;
- отсутствие жизненного опыта и ресурсов жизнестойкости;
- манипуляция и эгоцентризм как основной психологический посыл СП.

Исследователи подросткового суицида отмечают, что подростки не осознают, не могут адекватно оценить последствия самоповреждающего поведения

и необратимости смерти. Подростки зачастую не могут внятно описать собственных переживаний. Невысказанные чувства аккумулируются, выливаясь в депрессию. О суицидальных намерениях подростки говорят свернуто, не обозначая адекватных оснований. При этом совершают попытку суицида импульсивно. В суицидальной попытке часто подростки ведут себя непродуманно. Незрелость личности проявляется в инфантильности суицидальной попытки.

К психологическим *особенностям личности подростков, увеличивающим риск суицидов*, относятся: инфантилизм, негативизм, обидчивость, ранимость, импульсивность, подозрительность, чрезмерная раздражительность, агрессивность, внушаемость, несформированная идентичность, потеря чувства собственного достоинства, переживание собственной несостоятельности, ненужности и отсутствия смысла жизни; асоциальное поведение; демонстративное поведение; неспособность преодоления проблем и трудностей (в школе, среди подростков, и т. д.); тенденция «жить в мире иллюзий и фантазий» [28].

Перечисленные личностные особенности должны обращать на себя внимание, но необязательно будут приводить к совершению суицидальной попытки. Обладая подобными личностными особенностями подросток должен быть наблюдаем со стороны родителей, учителей, психолога. В некоторых случаях суициденты обладают сверхвыраженным чувством ответственности, стремлением брать вину на себя, имеют тенденцию к перфекционизму, чем часто провоцируют собственную социально-психологическую дезадаптивность.

По мнению А. Е. Личко, суицидальное поведение в подростковом возрасте относится к «пограничной психиатрии», связанной с нейро-психопатическими реакциями на фоне акцентуаций характера [15]. На основе эмпирического исследования А. Е. Личко пришел к выводу, что для подросткового возраста характерно *три типа суицидального поведения*:

- демонстративный суицид, заключающийся в изображении попыток самоубийства, но без реального намерения уйти из жизни, рассчитывая на спасение. Его цель - достижение определенного социального эффекта, через оказание психологи-

ческого давления, манипулируя другими людьми, для изменения ситуации в благоприятную для себя сторону, например, привлечение внимания, уход от ответственности, средство наказания и т. д. Как правило, суициденты принимают меры предосторожности и выбирают неопасные для жизни способы самоубийства. О демонстративно-шантажном СП упоминал и Э. Берн, такое поведение представляет собой своеобразную игру «если не сделаешь то, что Я хочу – я умру». При демонстративном поведении способы суицидального поведения проявляются в виде порезов вен, отравления, дающего «шанс» на спасение со стороны;

- аффективный суицид характеризуется теми действиями, которые совершаются под воздействием сильного и внезапно возникшего аффекта. В данном состоянии индивид на время утрачивает способность к рациональной переработке и анализу сложившейся ситуации в результате сужения сознания, что влияет на выбор адекватных способов реагирования. Тем самым самоубийство в состоянии аффекта является неким «криком о помощи», действия, совершаемые индивидом, импульсивны и необдуманны. Аффективный суицид, провоцируется иногда случайным событием. Идея самоубийства появляется в сознании внезапно и приобретает непреодолимую побудительную силу. Аффективный суицид зачастую совершается в присутствии окружающих лиц. Чаще всего суицидент прибегает к попыткам повешения, опасного прыжка, отравлению быстродействующими веществами;

- истинный суицид – обдуманное решение, направленное на реализацию намерения уйти из жизни, тщательно продумывая способ, время и место. Все попытки совершаются без свидетелей, а способы совершения самоубийства выбираются наиболее «жесткие». При истинном суициде суицидальное поведение разворачивается во времени, проходит все этапы. В случае неудавшейся суицидальной попытки в постсуицидальном периоде наблюдается сохранение суицидальных мыслей и намерений. У совершивших истинные суицидальные попытки риск повторения сохраняется в течение года, особенно он велик в первые 1–2 месяца после попытки [22].

Считается, что около 50% всех попуток суицида среди подростков – демонстративно-шантажное поведение, основанное на манипуляции и желании обратить на себя внимание. При этом специалисты советуют не игнорировать суицидальные попытки подростков. Лишь в 10% случаев имеет место истинное СП.

Цели, которые преследуют потенциальные суициденты-подростки [25]:

- протест и месть по принципу: «Когда я умру, вам будет хуже!»;
- призыв с намерением получить помощь от окружающих для того, чтоб изменить ситуацию в желаемую сторону;
- избегание наказания, страдания;
- самонаказание при переживании реальной или надуманной вины;
- отказ от жизни как таковой (наблюдается у психически больных подростков).

При этом за обозначенными выше целями могут скрываться абсолютно неожиданные для взрослых людей *мотивы суицидального поведения подростков [25]:*

- утрата любви со стороны родителей действительная или мнимая в результате отстранения от взрослеющего ребенка;
- переживание обиды, отчужденности, непонимания;
- ревность к младшим братьям или сестрам, вновь родившимся или занимающим большую долю внимания со стороны родителей по мнению подростка;
- разрыв с другим значимым для него подростком, который воспринимается как предательство или измена;
- переживания, связанные с тяжелой болезнью или смертью близких для него людей, родственников, друзей;
- переживание развода родителей, связанное с осознанием окончания любви, разрушения семьи;
- чувство вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- боязнь позора, насмешек или унижения;
- страх наказания, нежелание принести извинения;
- неуспех в партнерских, любовных отношениях, неудачный сексуальный опыт;
- незапланированная беременность как результат первых партнерских или сексуальных отношений;

- чувство протеста, злости, мести, бессилия по отношению к ситуации и другим значимым людям в жизни подростка;
- желание вызвать к себе сочувствие и сожаление со стороны значимых лиц и окружения;
- романтизация смерти, подражание героям, сверстникам, друзьям, и другим людям, которые прибегали к суициду и получили популярность после своей смерти;
- стремление пережить экстремальные ощущения, «заигрывание» со смертью», желание испытать себя, определить границы своих сил и возможностей;
- отсутствие опыта преодоления жизненных трудностей;
- аффект под воздействием алкоголя или психоактивных веществ.

Описанные мотивы часто возникают в сознании подростка в результате переживания социально-психологической дезадаптации, разрыве, нарушении или утрате социальных связей и отношений в ближайшем своем окружении. Отсюда, можно утверждать, что социально-психологическая дезадаптация является глобальным предиктором развития СП в том числе и в подростковом возрасте. Суицидальное поведение подростков направлено не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных отношений неадекватными по отношению к самой ситуации и жизни.

Большинство подростковых суицидов случаются днем или вечером, когда дома есть люди, которые смогут помочь, удержать от непоправимых последствий. Подростковые суициды – это крик о помощи, привлечение внимания к себе, своим трудностям и страданиям. Именно в этом для подростка заключается смысл суицидального поведения. Поэтому зачастую взрослые получают суицидальные сигналы и могут фиксировать признаки СП со стороны подростка. Рассмотрим сигналы суицидальной опасности более подробно.

На рисунке 2 приведена классификация *признаков суицидальной опасности*.



Рисунок 2 – Признаки суицидальной опасности

Вербальные признаки суицидальной опасности проявляются в виде явных и косвенных речевых высказываний о возможности совершения попытки сведения счетов с жизнью [22].

Редко, но потенциальные суициденты высказывают непосредственные заявления типа «Я подумываю о самоубийстве» или «Было бы лучше умереть» или «Я не хочу больше жить». При этом подростки-потенциальные суициденты зачастую не до конца осознают необратимость смерти и не всегда могут вербализовать собственные переживания.

Гораздо чаще психологи отмечают наличие в беседе с суицидентом наличие косвенных высказываний, например, «Вам не придется больше обо мне беспокоиться» или «Мне все надоело» или «Они пожалеют, когда я уйду». Намек на смерть или шутки по этому поводу. Многозначительное прощание с другими людьми. А также фразы типа:

- «Я решил покончить с собой».
- «Надоело. Просто надоело жить.»
- «Лучше умереть!»
- «Ненавижу всех и всё!»
- «Ненавижу свою жизнь!»
- «Единственный выход умереть!»

- «Больше ты меня не увидишь!»
- «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!»
- «Если мы больше не увидимся, спасибо за все!»

Еще одну большую группу признаков суицидальной опасности составляют *бихевиоральные признаки*, заключающиеся в определенных действиях или поступках человека, думающего о самоубийстве.

- Отчаяние и плач.
- Неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи.
- Повторное прослушивание грустной музыки и песен.
- Нехватка жизненной активности.
- Самоизоляция от 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 рискованным действиям, например, безрассудное хождение по карнизам.
- Суицидальные попытки в прошлом.
- Чувство вины, упрек в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка.
- Потеря интереса к увлечениям, спорту, учебе.
- Несоблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью.
- Полное отсутствие или скудные планы на будущее.
- Стремление к тому, чтобы их оставили в покое, что вызывает раздражение со стороны других людей.

Еще одну группу составляют *ситуационные признаки*, заключающиеся в изменении привычного поведения и возникающие внезапно.

- 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 с учебой.
- Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей.
- Хроническая, прогрессирующая болезнь.
- Нежелательная беременность.

Внешние показатели суицидального риска могут быть связаны:

- Недавние потери, связанные со смертью родственников или друзей, разводом родителей, разрывом взаимоотношений с друзьями или родственниками, потерей ценных вещей, денег, общественного положения, самоуверенности, самооценки.

- Потеря интереса к дружбе, жизненной деятельности, увлечениям, ранее доставлявшим удовольствие.

- Беспокойство о деньгах, болезни (либо реальных, либо надуманных).

- Изменение характера – угрюмость, отчужденность, раздражимость, беспокойство, усталость, нерешительность, апатия.

- Нарушение режима сна – бессонница, часто с ранним пробуждением или, наоборот, подъем позже обычного, ночные кошмары.

- Нерегулярный прием пищи – потеря аппетита и веса или обжорство.

- 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.

- Бездна надежное будущее, «мне никогда не станет лучше, я всегда буду себя чувствовать себя плохо».

- Злоупотребление наркотиками или алкоголем.

- Суицидальные импульсы, заявления, планы; раздача любимых вещей; прежние попытки суицида или жесты.

- Многие учащиеся, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», начинают прогуливать, их успеваемость резко падает.

- Внешний вид, известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.

- Стремление к уединению. Суицидальные подростки часто уходят в себя, сторонятся окружающих, замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат.

Многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии.

Исследователи указывают, что в младшем подростковом возрасте (12–14 лет) суицидальные проявления зачастую не планируются заранее, попытки самоубийств совершаются при помощи первых попавшихся под руку предметов. Данные покушения на самоубийства не имеют тяжёлых медицинских последствий. Проявляется не истинное стремление к смерти, а желание избежать конфликта, устранившись от трудной ситуации [1, 5, 27].

Среди старших подростков соотношение СП в зависимости от пола кардинально меняется, большинство суицидальных попыток приходится на девочек подростков [10]. Самоубийство у подростков не столько связаны с желанием умереть, сколько со стремлением избежать семейных проблем и страхом перед ними. В подростковой среде более 92% суицидальных попыток связаны с трудностями в школе и в семье, например, неправильное воспитание, когда у детей отсутствует чувство, что родители их любят, также излишняя гиперопека со стороны матери и аддиктивное поведение со стороны отца может привести к повы-

шению риска суицида у подростка. Причиной СП могут также послужить психологические травмы, полученные в школе при бездушном отношении со стороны учителей к детям, а также завышенные требования [31].

Среди подростков женского пола выявилось почти в 2,5 раза больше потенциальных самоубийц, чем среди подростков мужского пола того же возраста. Исследователи полагают, что такая тенденция существует из-за опережающего развития девочек в данном возрастном диапазоне [9].

Несмотря на то, что наиболее часто СП подростков является демонстративным, не истинным, необходимо понимать, что в основе любого типа суицидального поведения лежит дезадаптация и невозможность самостоятельно разрешить трудную жизненную ситуацию или выйти из конфликтной ситуации. Данный тезис обуславливает необходимость оказания психопрофилактической и психологической помощи подросткам с любым типом СП.

Таким образом, мы можем определить следующую группу риска среди несовершеннолетних [21, 22]:

- Подростки с предыдущей (незаконченной) попыткой суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент подростков, совершающих повторное самоубийство, достигает 30%.
- Подростки, демонстрирующие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- Подростки, имеющие тенденции к самоповреждению (аутоагрессию).
- Подростки, у которых в роду были случаи СП.
- Подростки, злоупотребляющие алкоголем. Риск суицидов очень высок – до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем, алкоголизм в нескольких поколениях способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые часто предшествуют суициду.
- Подростки с хроническим употреблением наркотиков и токсических препаратов. ПАВ (психоактивные вещества) ослабляют мотивационный контроль над поведением, обостряют депрессию, вызывают психозы.

- Подростки, страдающие аффективными расстройствами, особенно тяжелыми депрессиями (психопатологические синдромы).
- Подростки, страдающие хроническими или фатальными заболеваниями (в том числе, когда данными болезнями страдают значимые взрослые).
- Подростки, переживающие тяжелые утраты, например смерть родителя (любимого человека), особенно в течение первого года после потери.
- Подростки с выраженными семейными проблемами: уход из семьи значимого взрослого, развод, семейное насилие и т. п.

Конечно, у каждой суицидальной попытки – своя причина. Но все сводится к одному: подросток не в силах самостоятельно разрешить трудную ситуацию, а понимающего это взрослого нет рядом. И тогда единственным выходом из сложившейся ситуации представляется смерть. Оценивая принадлежность подростка к категории риска в ходе консультативной работы, можно прогнозировать риск возникновения суицидального поведения. Вместе с тем, наличие хотя бы одного признака риска требует углубленной диагностики и индивидуальной работы с подростком группы риска.

3. Диагностика суицидального поведения

Своевременная диагностика СП позволяет достаточно объективно оценить риск попытки суицида, оказать своевременную помощь подростку, облегчить его внутреннее состояние, тем самым устранить причины и предотвратить развитие суицидального поведения.

Существующие методики диагностики суицидального поведения можно разделить на три большие группы.

Методики диагностики актуального состояния.

Методики оценки риска суицидального поведения.

Методики оценки суицидальной мотивации.

Приведем примеры методик диагностики по группам, подходящие для диагностики подростков в возрасте 12–17 лет.

Таблица 1 - Методическая база диагностики СП у подростков в возрасте 12–17 лет

Название и автор методики	Шкалы	Достоинства	Недостатки
1. Методики оценки актуального состояния			
Опросник самооценки психических состояний (Г. Айзенк) [16, 25]	1. Шкала тревожности 2. Шкала фрустрации 3. Шкала агрессии 4. Шкала ригидности	1. Простота обработки. 2. Быстрое прохождение методики 3. Небольшое количество вопросов	Косвенное отношение к теме суицида
«Шкала депрессии» (А. Т. Бек) [16]	Шкала депрессии	1. Наличие ключа-трафарета. 2. Проста в прохождении (20 вопросов) 3. Прямой ответ на наличие/отсутствия депрессии	Косвенное отношение к суициду
Шкала тревоги (Д. В. Занг) [16]	Шкала тревоги	20 вопросов Прямая и обратная шкалы	Косвенное отношение к теме суицида
Шкала безнадёжности (А. Т. Бек) [16]	Шкала безнадёжности	20 вопросов	Косвенное отношение к теме суицида
2. Методики диагностики риска суицидального поведения			
Опросник риска суицидального поведения (Б. Любан-Плоцц)	Риск суицидального поведения	16 вопросов Прямая и обратная шкала	Прямые вопросы
Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой [25]	1. Демонстративность 2. Аффективность 3. Уникальность 4. Несостоятельность 5. Социальный пессимизм 6. Слом культурных барьеров 7. Максимализм 8. Временная перспектива 9. Антисуицидальный фактор	1. Косвенные вопросы 2. Небольшое кол-во вопросов 3. Прошёл психометрическую адаптацию 4. Выявляется наличие/отсутствие факторов суицидального риска	Сложность в подсчете результатов
Опросник суицидальной интенции (А. Т. Бек) [24]	2 раздела 1. оценка обстоятельств суицидальной попытки (изоляция, выбор времени и др.) 2. оценка истинности суицидальных намерений	Позволяет оценить выраженность, напряженность, истинность суицидальных тенденций у лиц, совершивших суицидальную попытку	Подходит исключительно для тех, кто уже совершал попытку суицида

Сигнал (М. В. Зотов, В. М. Петрукович) [25]	Шкала риска суицидального поведения Дополнительная шкала антисуициальных мотивов	Психофизиологическая методика, основанная на оценке малоосознаваемого времени реакции на суицидальные и нейтральные стимулы	Не дает содержательной информации об особенностях суицидального поведения
3. Методики диагностики суицидальной мотивации			
Незаконченные предложения (Сакс-Леви) [25]	1. Отношение к отцу 2. Отношение к матери 3. Отношение к себе 4. Нереализованные возможности 5. Отношение к будущему 6. Отношение к школе, к учителям 7. Страхи и опасения 8. Отношение к своему прошлому 9. Отношение к семье 10. Чувство вины 11. Планы, идеалы	Выявляет у обследуемого дисгармоничной системы отношений	1. Необходимость качественного анализа результатов 2. Субъективность обработки 3. Установление контакта с испытуемым до диагностики для получения искренних ответов
«Суицидальная мотивация» (Ю. Р. Вагин) [24]	1. Альтруистическая мотивация (смерть ради других) 2. Анемическая мотивация (потеря смысла жизни) 3. Анестетическая мотивация (невыносимость страдания) 4. Инструментальная мотивация (манипуляция другими) 5. Аутопунитическая мотивация (самонаказание) 6. Гетеропунитическая мотивация (наказание других) 7. Поствитальная мотивация (надежда на что-то лучшее после смерти).	Получение подробных результатов	Прямые вопросы

Приведенные методики являются общедоступными и достаточно распространенными.

Универсальных, подходящих для всех подростков без ограничений, методик диагностики не существует.

Представленный в таблице перечень не является исчерпывающим. Возможна диагностика СП по альтернативным схемам, с использованием личностных опросников [17, 24, 30].

Поэтому психолог к проведению диагностики в каждом конкретном случае должен относиться ответственно. Приведем ряд факторов, которые могут оказать влияние на подбор диагностического инструментария:

- наличие у подростка ограниченных возможностей здоровья, серьезных ментальных диагнозов, которые могут затруднять понимание вопросов или провоцировать фиксацию на тематике суицида;
- наличие в анамнезе попытки суицида, при которой методика с прямыми вопросами может провоцировать либо социально одобряемые ответы со стороны испытуемого, либо могут стать триггером к повторной попытке суицида;
- индивидуальный или групповой характер проведения диагностики. При групповой диагностике невозможно наблюдать одновременно за всеми респондентами, что снижает достоверность полученных данных;
- готовность и вовлеченность подростка в диагностическую процедуру, которые позволяют получить достоверные данные.

Для подростков нормы развития в возрасте от 15 до 17 лет, Н. Е. Антипова [25] составила батарею методик диагностики СП, позволяющую оценить актуальное состояние, риск возникновения суицидального поведения и мотивацию СП, а также факторы виктимности личности, предрасполагающие по мнению автора к его. Пример батареи методик Н. Е. Антиповой представлен в приложении 1.

В состав батареи методик вошли: опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности», адаптированный к подростковому возрасту; мето-

дика исследования склонности к виктимному поведению в редакции О. О. Андронниковой; опросник суицидального риска; метод Сакса-Леви «Незаконченные предложения» [25].

Применение представленной батареи диагностических инструментов позволяет получить содержательные данные об актуальном состоянии респондента, особенностях его личности, предрасполагающих к развитию суицидального поведения, выявить сферы дисгармоничных отношений в ближайшем социальном окружении. Анализ результатов диагностики позволяет сформировать представление об эмоциональном состоянии респондента и определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности. Цель измерения суицидального риска заключается в данном случае в своевременном выявлении уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства путем направления клиента в центры оказания профессиональной медико-психологической помощи. Как и в случае диагностики острых психических заболеваний, диагностика суицидального риска предпринимается для того, чтобы вовремя определить уровень курабельности подростка обычными немедицинскими средствами психологической помощи, которыми располагает психолог, не являющийся врачом, профессиональным психиатром. Проективный метод незаконченных предложений включен в батарею с целью определения отношения подростка к собственному социальному окружению, ситуации и жизни в целом и необходим для определения мишеней опоры при консультировании.

На основе полученных результатов диагностики и выбора подростком формата работы можно подобрать для каждого вариант дальнейшей групповой или индивидуальной работы в соответствии с уровнем риска, антисуицидальными мотивами, наиболее распространенными причинами подростковых суицидов и личностными особенностями респондента.

Допускается в зависимости от ситуации и особенностей диагностики подростка, батарею дробить, выделяя наиболее важные на взгляд психолога аспекты для оценки.

По итогам диагностики может быть сформировано комплексное заключение об особенностях личности и вероятности развития суицидального риска. Пример универсального заключения для респондента, описывающий результаты диагностики по отдельным методикам из батареи Н. Е. Антиповой, представлен в приложении 2.

Необходимо отметить, что во многих опросниках диагностики СП употребляются прямые высказывания «суицидальное поведение», «суицид», «самоубийство», которые могут, с одной стороны, напугать подростка при ответе на данные вопросы, а с другой стороны, способствовать фиксации на суицидальной тематике. В сложившихся обстоятельствах необходимо внимательное отношение, предварительная беседа психолога с обследуемым, формирование установки на доверительное открытое взаимодействие в целях оказания психологической помощи.

Еще одной распространенной трудностью проведения диагностики СП является неготовность подростка отвечать длительное время на прямые вопросы о самоубийстве и собственном гнетущем эмоциональном состоянии.

В таком случае вариантом проведения диагностики может быть применение экспресс-опросника «Сигнал». Методика «Сигнал» направлена на выявление лиц с высоким риском суицидальных реакций. Основное отличие методики «Сигнал» от большинства существующих методов выявления суицидальных тенденций в том, что данная методика основана на объективном измерении психофизиологических реакций, что позволяет делать более надежный прогноз по сравнению с опросными и экспертными методами, часто используемыми в этой области. Тест сконструирован и предъявляется таким образом, что для испытуемого остается скрытым, какие стороны его поведения и переживаний подвергаются изучению. Это значительно уменьшает возможность сознательных искажений реакций испытуемого при проведении обследования, делает его результаты более достоверными (<https://imaton.com/catalog/153/>).

Разработка и апробация методики осуществлялась на кафедре военной психофизиологии Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии им. Кирова. Авторами данной разработки являются: М. В. Зотов – доктор психологических

наук, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. В. М. Петрукович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры военной психофизиологии Санкт-Петербургской Военно-медицинской академии им. Кирова (<https://imaton.com/catalog/153/>).

Суть методики заключается в регистрации времени реакции на дополнительный звуковой стимул при решении испытуемым задач по выявлению грамматических ошибок в предложениях с нейтральным и суицидальным содержанием. Методика «Сигнал» реализована в виде полностью компьютерной программы, обеспечивающей все этапы работы (тестирование, обработка и интерпретация результатов, краткое заключение). Итогом тестирования является показатель суицидального риска (ПСР), на основании которого можно делать выводы о рисках, связанных с суицидальными тенденциями, или их отсутствии. Тестирование занимает 10-20 минут и не предъявляет высоких требований к уровню образования и интеллектуального развития обследуемых, за исключением, пожалуй, автоматизированного навыка чтения. Основанная на учете объективных показателей (время простой сенсомоторной реакции), методика «Сигнал» позволяет делать надежный прогноз возможности истинного суицидального поведения, отличать склонных к суициду испытуемых от лиц с самоповреждающим и демонстративно-шантажным поведением.

Помимо авторской разработки «Сигнал» в состав методики входит «Опросник антисуицидальных мотивов» – русскоязычная версия опросника известного американского суицидолога М. Лайхен, адаптированная М. В. Олиной. Методика позволяет выявлять наиболее значимые для клиента жизненные факторы, которые можно рассматривать в качестве антисуицидальных ресурсов в психотерапевтической работе с клиентом. Выявление актуальных антисуицидальных мотивов позволяет разработать план действенной психотерапии для конкретного клиента.

В ходе непосредственной консультативной работы с подростком, имеющим неуточненный прогноз развития СП психологи-практики рекомендуют применение

ние методики-индикатора тяжелого эмоционального состояния «Шкала безнадёжности А. Бека», отмечая ее основным достоинством быстрый сбор информации и возможность обработать ее по ключу «на месте» в ситуации присутствия подростка на консультации. После получения данных о степени переживания безнадёжности психолог сможет принять решение о дальнейших вариантах работы с клиентом-подростком.

Таким образом, диагностика СП может осуществляться с разных методологических и методических позиций в зависимости от предпочтений психолога и особенностей ситуации диагностики. Однако, необходимо перепроверять и уточнять полученные диагностические данные для подтверждения их объективности.

4. Психологическая помощь подростку с низкой и средней степенью риска суицидального поведения

Для подростков, имеющих низкую или среднюю степень риска СП, достаточно может оказаться психологической помощи для предотвращения и профилактики СП. Одним из наиболее распространенных вариантов работы с подростком, имеющим суицидальные мысли, является консультирование.

Для консультирования может применяться форма психологической профилактической беседы как главный метод в преодолении трудных жизненных обстоятельств и кризисного состояния подростков, основанный на методологии позитивного консультирования. Технология осуществления консультирования и этапы консультации представлены ниже.

Психологическая профилактическая беседа

Задачи беседы:

- оценка актуального психического состояния субъекта;
- установление степени суицидального риска;
- выяснение сути экстремальной ситуации;

- определение главной проблемы, в решении которой субъект испытывает трудности;
- купирование экстремального состояния, ослабление эмоционального напряжения субъекта;
- ориентирование субъекта на поиск ресурсов, с помощью которых он сможет справиться с возникшей ситуацией.

Целесообразно спланировать беседу во внеурочное, свободное время подростка. Никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался. Исключено присутствие посторонних лиц, кроме тех близких людей, присутствие которых инициировал сам подросток группы риска.

Консультирование осуществляется в несколько этапов, каждый из которых имеет свое назначение и направлен на решение определенных задач, в совокупности переориентирующих подростка с мыслей о самоубийстве на позитивное видение будущего и его активное планирование.

Первый этап: установление эмоционального контакта с подростком и взаимоотношений сопереживающего партнерства.

Задачи:

1. Выслушать подростка терпеливо и сочувственно, без критики и анализа его поведенческих мотивов.
2. Снять у подростка ощущение безысходности.
3. Выяснить у подростка, есть ли у него план самоубийства.
4. Установить факторы, повышающие риск суицида.

При низком риске суицидального поведения у подростка есть суицидальные мысли, но нет плана самоубийства.

В таком случае психолог должен предложить подростку эмоциональную поддержку, проработать с ним его негативные суицидальные чувства, сфокусировать внимание подростка на его сильных сторонах, актуализировать имеющиеся ресурсы для преодоления трудной жизненной ситуации. Также важно связаться с родителями подростка и договориться о взаимодействии. После серии

индивидуальных консультаций такого подростка целесообразно включить в психокоррекционную группу, где он будет иметь возможность научиться конструктивно разрешать трудные жизненные ситуации на основе собственных ресурсов. Например, такой формой работы может стать тренинг ресурсных состояний как способ профилактики суицидального поведения, описанный в разделе профилактики суицидального поведения. Также подобная работа может осуществляться в тренинге коммуникативных умений, тренинге преодоления конфликтов и др.

При средней степени риска у подростка есть суицидальные мысли, может быть план самоубийства, но не определены условия (время, место, средства для совершения суицидальной попытки).

В данной ситуации психологу необходимо эмоциональную поддержку, проработать с ним его негативные переживания, укрепить желание жить, используя антисуицидальные мотивы, обсудить альтернативы самоубийству, заключить контакт о не причинении подростком себе вреда. Далее психолог должен обязательно связаться с родителями, друзьями подростка и договориться о взаимодействии. После серии индивидуальных консультаций и фиксации тенденции к упрочению эмоционального состояния подростка целесообразно включить подростка в психокоррекционную группу для проработки типовых причин самоубийства с целью разрешения трудных жизненных ситуаций и обучения конструктивным способам их преодоления. Пример такой работы в тренинговой группе представлен в разделе профилактики суицидального поведения.

Как правило, психолог-консультант работает с подростком либо при незначительном риске или риске средней степени, когда психологическая интервенция будет конструктивным и адекватным способом оказания помощи подростку.

При высоком риске суицидального поведения у подростка есть суицидальные мысли, есть план, он может обозначить время, место и средства совершения суицидальной попытки.

При выявлении высокого риска психолог должен незамедлительно информировать родителей, т. к. они могут даже не подозревать о тревожащей тенденции поведения ребенка-подростка. Также необходимо организовать постоянное

сопровождение подростка, не оставляя его без присмотра наедине с собой ни на минуту. Такое сопровождение могут оказать, родители, друзья, учителя, сам психолог. По возможности устранить орудие (средства) самоубийства. Обязательно необходимо заключить контракт с подростком о не нанесении себе вреда и ауто-агрессивных действий, хотя бы в какие-то ограниченные сроки (на 1–2 часа, дня, недели, месяца). Далее необходимо немедленно связаться с психиатром и организовать госпитализацию подростка. После выписки из больницы необходимо направить подростка к психотерапевту для проведения с ним курса реабилитации. Для таких подростков проведение психологической консультации мало эффективно, потому что такие подростки находятся в тяжелой депрессии, а депрессия снимается в том числе медикаментозно.

Даже если план самоубийства у подростка есть, его необходимо убедить в том, что его тяжелое эмоциональное состояние временное. Он нужен родным и близким, а уход из жизни подростка станет для них тяжелым ударом. Безусловно, подросток имеет право самостоятельно распоряжаться собственной жизнью, но решение об уходе из нее в силу крайней важности, можно отложить на некоторое время, взяв паузу и спокойно все обдумать.

Содержанием контракта о не нанесении себе вреда является всего одна фраза: «Я, _____, никогда не нанесу себе вреда случайно или умышленно вне зависимости от того, что будет происходить». Если подросток может такое заявить, написать и подписать, риск совершения суицида уменьшится. Но если подросток отказывается заключить контракт или оспаривает условие «никогда» и вводит временное ограничение, например, в течение недели», необходимо убедить подростка вступить в контакт с психологом до истечения лимита установленного им времени. Подобная стратегия дает понять подростку, что психолог заинтересован в нем и хотел бы предотвратить его самоубийство.

Целесообразно найти в окружении подростка значимого для него человека, которого он не хотел бы огорчить своим суицидальным поведением и сведением счетов с собственной жизнью.

Еще одним приемом удержания от самоубийства может стать техника парадоксальной интенции. Зная, как подросткам небезразлична их внешность даже после их смерти, разумным будет описать то, как будет выглядеть труп подростка после его самоубийства определенными средствами. Иногда этот антинациональный, на первый взгляд, прием действует очень отрезвляюще.

Второй этап беседы: понимание сути проблемы подростка.

Задачи:

1. Установить непосредственные причины эмоционального состояния подростка; установить последовательность событий, которые привели к кризису; кому приписывается вина за происходящее.
2. Установить, что подростку хотелось бы изменить, когда бы ему хотелось, чтобы стало так.
3. Выяснить факторы, усиливающие и смягчающие кризис подростка.
4. Вскрыть ресурсы подростка относительно решения проблемы.

На данном этапе психолог должен определить, почему возникла данная трудность? Какие причины привели к развитию трудной жизненной ситуации? Также необходимо выяснить, предшествовали ли возникновению проблемы какие-либо события или переживания подростка, которые могли бы способствовать возникновению суицидальных мыслей, в чем именно заключается проблема, как она проявляется в настоящем? Полезно выяснить, как проблема менялась с течением времени, сколько времени существует трудная ситуация, что именно плохо с точки зрения подростка на сегодняшний день, что сейчас делает его положение безвыходным, как проблема ограничивает подростка, что не дает делать, какие чувства и эмоции вызывает сложная ситуация, насколько они сильны, что именно в данной ситуации так ранит подростка? Какие последствия имеет проблемная ситуация для подростка и для окружающих, какой смысл, какое значение имеет ситуация для подростка? Как на сложившуюся ситуацию реагируют окружающие подростка значимые люди, что по этому поводу думают родители, друзья подростка, одноклассники, учителя?

Полезно также обсудить с подростком о том, по чьей вине возникла трудная жизненная ситуация? Психологу необходимо тактично снять вину с окружающих или обстоятельств и переложить ответственность на самого подростка. В первую очередь сам подросток отвечает за свою жизнь, и сам подросток должен изменить свое поведение, чтоб разрешить сложную ситуацию. Для современных подростков, незрелых, иногда инфантильных, этот вопрос может быть очень болезненным и необходимо деликатно внести изменения в анализ ситуации со стороны подростка, чтоб не спровоцировать прекращение контакта с психологом и уход в себя. Также целесообразно выяснить, в чем может заключаться его ответственность за сложившуюся ситуацию и в чем может быть вина остальных? Как подросток пытался решать проблему сам? Были ли моменты, когда проблема отсутствовала или была выражена не столь остро, благодаря чему или кому это происходило? Возможно, здесь заложены ресурсы, антисуицидальные мотивы или факторы, смягчающие течение сложной жизненной ситуации для подростка и позволяющие удержаться от развития суицидального поведения.

Полезным может оказаться деление проблемной ситуации с подростком на отдельные части и выделение тех частей, в отношении которых ничего нельзя сделать для облегчения ситуации. В том случае, если не изменить обстоятельства, может не стоит и переживать по данному поводу.

Следует сосредоточить внимание подростка не только на негативных сторонах ситуации, но и на том позитивном, что в его жизни есть и остается на данный момент.

Также может быть полезным подвергнуть сомнению иррациональные установки подростка в отношении ситуации. Действительно ли все, что происходит с ним сейчас – это несовместимая с жизнью катастрофа? Где доказательства того, что жизнь дальше не имеет смысла.

Наши чувства – это результат наших мыслей. Как утверждал, А. Эллис [6], изменение мыслей приводит к изменению чувств. Если взглянуть на ситуацию с другой стороны, как могут измениться наши мысли? Поэтому крайне полезно рассмотреть ситуацию с подростком с другого, позитивного ракурса.

В ситуации консультации для работы с иррациональными установками целесообразно также использовать технику А. Бэка «Три колонки» [6]. В первом столбце подростку предлагается описать кратко ту проблемную ситуацию, которая мешает ему жить. Во втором столбце – записать возникшие у него мысли по поводу данной ситуации. В третьей колонке совместно с психологом необходимо провести коррекцию иррациональных мыслей и заменить их на более позитивные.

Далее следует определить, что именно подростку хотелось бы изменить, как бы хотелось изменить, с чего можно начать изменения, когда хотелось бы начать изменения в ситуации. Этот мост обозначает переход к третьему этапу беседы.

Третий этап беседы: совместная деятельность психолога и подростка по преодолению кризисной ситуации.

Задачи:

1. Побуждать подростка – потенциального суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков вместо самоубийства.
2. Планирование действий подростка для решения проблемы.
3. Составить список ресурсов подростка для достижения его желаний и список его ограничений на пути к их достижению.

На данном этапе эффективен прием «Поддержка успехами и достижениями». Для этого подростку нужно вспомнить и рассказать, были ли в его жизни когда-либо трудности раньше и как он с ними справлялся. Психологу важно поддерживать эти успехи, укрепить веру подростка в себя и представление о себе как личности, способной к преодолению трудностей.

Важно показать подростку возможности личностного роста, повышения собственной адаптивности при преодолении трудностей в жизни, продемонстрировать «пользу» для человека в преодолении проблемных ситуаций. Чему могут научить проблемы? Крайне важно, чтоб подросток сам рассказал о том, чему может научить его трудная жизненная ситуация – таким образом происходит осознание и понимание альтернативного ракурса сложившейся кризисной ситуации.

На данном этапе также целесообразно применение техники «Потенциал», суть которой сводится к обозначению подростком своих сильных качеств – ресурсов, которые могут помочь в борьбе с трудными жизненными ситуациями. Иногда необходимо проявить настойчивость для того, чтоб подросток сам вербализовал не менее трех таких положительных качеств.

Затем при планировании дальнейших действий по преодолению кризисной ситуации необходимо опираться на названные ресурсы и успехи в преодолении сложных ситуаций – это позволит укрепить веру подростка в собственные силы и позволит отвлечь от суицидальных мыслей.

Также на данном этапе консультативной работы целесообразно выявить желания, стремления, мечты подростка, ради которых он будет жить, которые будут служить мощным антисуицидальным фактором. Эти желания можно использовать при составлении в будущем плана действий подростком. В этом может помочь техника Р. Лазаруса. Психолог вместе с подростком определяют 20 приятных для подростка занятий. Подростку дается задание: находить для них время хотя бы пару раз в день, но ежедневно. Таким может быть домашнее задание для потенциального суицидента. При следующей встрече выполнение домашнего задания будет обсуждаться и будет позитивным якорем консультирования. В том случае, если подросток самостоятельно затрудняется сформулировать перечень «приятностей», следует поработать над расширением представлений о приятных для него занятиях и круга его интересов, как можно разнообразить позитивные впечатления.

Основная задача психолога побуждать подростка к словесному оформлению планов, поступков, удерживающих от совершения суицидальной попытки. Чем конкретней будет обсуждаться действия подростка по преодолению трудной жизненной ситуации, тем ниже становится риск суицидального поведения.

Сформулировать план и перейти от слов к действиям помогает техника «Проект будущего». Подростку предлагается записать все свои желания без ограничения по количеству и времени. В ходе обсуждения предлагается выбрать

самые значимые из данного списка. Затем вместе с психологом подросток конкретизирует, уточняет формулировки данных желаний, анализирует ресурсы, которые позволят достичь желаемого, устанавливает временные рамки достижения желаний.

В том случае, когда подросток утверждает, что не справится с достижением задуманного психолог может применить технику «Воображение» и предложить представить себя другим, достигшим успеха, попробовать почувствовать эти ощущения, закрыв глаза, и описать себя и свои действия, проиграть эту ситуацию.

Полезно также будет работа с техникой «Квадрат Декарта», в ходе которой подростку предлагается обсудить «что в твоей жизни произойдет, если ты сделаешь это...», «что в твоей жизни не произойдет, если ты сделаешь это...», «что в твоей жизни произойдет, если ты не сделаешь это...», «что в твоей жизни не произойдет, если ты не сделаешь это...». Отвечая на данные вопросы, подросток может не только осознать последствия, сделать выбор, но и увидеть разные варианты развития событий.

Если подросток отстаивает единственность суицида как выхода из ситуации, и настроен пессимистически, психолог может использовать технику, которая называется «Представление о будущем». Психолог предлагает представить, когда подросток умрет, попадет на небеса, где его встретят ангелы и сообщают ему, что ему даруют еще один жизненный шанс. Ты вернулся на землю и понял, что твоя жизнь выглядит вполне удовлетворительно. Что изменилось в твоей жизни, когда ты вернулся? Что стало по-другому? Подросток фантазирует, рассказывает, психолог задает уточняющие вопросы, и в этом может обнаружить ресурсы для преодоления ситуации.

На третьем этапе профилактической беседы с психологом продуктивными оказываются техники позитивного консультирования, ориентированного на решение.

Четвертый этап беседы: окончательное формулирование плана действий суицидента вместо самоубийства.

Задачи:

1. Стимулировать подростка на переход от слов к делу, гарантируя ему активную психологическую поддержку.
2. Внушить подростку уверенность в том, что ситуация обязательно изменится в лучшую сторону.

На данном этапе очень важно гарантировать подростку активную психологическую поддержку при претворении плана в жизнь.

Полезно предложить подростку представить то время, когда проблема будет решена с помощью вопросов. Как будет выглядеть твоя жизнь, когда проблема исчезнет? Сколько времени тебе может понадобиться, чтоб разрешить ситуацию, что ты будешь делать, когда проблема исчезнет? Какие средства и ресурсы у тебя есть для преодоления проблемной ситуации

На этом этапе можно использовать, например, технику «Воспоминания из будущего». Психолог предлагает представить подростку себя через полгода после этой консультации и описать, что изменилось, как выглядит его жизнь, каким он стал. Можно выстроить рассказ-представление от имени психолога и самому нарисовать позитивную картину.

На завершающем этапе для формирования позитивного настроения и яркой эмоциональной точки в завершении консультации возможно применить технику «Закончи предложения». Суть техники заключается в том, что психолог предлагает подростку дополнить фразу по своему усмотрению. Но начало предложений характерно для позитивного консультирования: «Завтра я...», «Наступит день, когда...», «Я хочу жить, потому что...». Этот прием позволит увидеть, насколько эффективной была консультативная беседа с подростком. Примерно такие фразы в конструктивном ключе позволяют завершить консультацию на позитивной ноте, отвлечь от дальнейших суицидальных мыслей, ориентировать подростка на положительные эмоции, будущее и активные действия по воплощению своих планов в жизни.

Задача психолога на данном этапе показать и подчеркнуть, что даже совсем простые, небольшие действия приведут к изменению собственного самочувствия, появлению надежды и в целом к изменению ситуации к лучшему.

Если подросток сомневается, не уверен в своих силах и в том, чтоб хоть какие-то изменения он совершит к лучшему. Психолог может мотивировать на попытку: «Попробуй. Начни с малого. И тогда ты будешь знать, что сделал все возможное, все, что зависит от тебя».

Поскольку вероятность суицидальной попытки мы не можем исключить, психолог должен завершить консультацию обязательным объявлением о том, как с ним связаться в кризисной ситуации, о возможностях продолжения работы по профилактике суицидального поведения.

Данный алгоритм индивидуальной консультации позволяет переориентировать подростка с риском суицидального поведения от негативных переживаний и мыслей о сведении счетов с жизнью к пониманию перспектив и построению планов на будущее. В ходе консультативной работы необходимо соблюдать ряд правил:

- Чаще встречаться с такими подростками.
- Обращать внимание суицидента на позитивные аспекты его жизни.
- Не паниковать и не морализировать.
- Привлечь к работе с подростком-суицидентом между консультационными встречами значимых для него людей (близких, друзей).
- Подросток должен иметь возможность в любое время позвонить психологу-консультанту.
- При высокой вероятности самоубийства следует принять меры предосторожности – информировать родителей подростка и обсудить с ними вопрос о его госпитализации.
- Консультант обязан подробно документировать свои действия, чтобы в случае несчастья он смог доказать, что действовал профессионально и принял все меры для избежания катастрофы.
- Консультант не несет ответственность за то, что делал клиент вне стен психологического кабинета.

Интернет-ресурсы в работе с суицидальным поведением

Альтернативными формами оказания помощи и профилактики суицидальных попыток являются формы удаленного интернет-консультирования, специфические сайты, направленные на оказание психологической помощи подростку [25].

1. «Ты победишь» (<http://www.pobedish.ru/>). На сайте можно зарегистрироваться под условным ником и пройти различного рода психологические тесты, на выявление проблем. Кроме этого, на сайте создан специальный форум, где участники могут общаться между собой.

2. «Тебе стоит жить» (<http://nosuicid.ru/>). На сайте предоставлена информация о признаках суицидального риска, где возможно получить помощь при кризисных обстоятельствах, в чем заключается смысл жизни. Информация носит религиозный характер, рассказывает об отношении церкви к самоубийствам, побуждает человека задуматься о том, что жизнь является главной ценностью.

3. «Несостоявшиеся самоубийцы» (<http://nastavniche.narod.ru/>). Цель сайта – помочь людям найти выход из критических ситуаций, а также поделиться своим опытом, своими взглядами на жизнь.

4. «Самоубийству стоп!» (<http://suicidu.net/>). Задачи сайта: взаимодействие и сотрудничество со средствами массовой информации; психообразование населения в частных и государственных лечебных учреждениях; объединение специалистов, организаций и людей, нуждающихся в поддержке и помощи.

5. Телефон доверия для детей, подростков и их родителей (<https://telefon-doveria.ru/about/>). На сайте присутствует услуга, чат с психологом. Любой желающий человек может написать о своей проблемной ситуации психологу в режиме онлайн.

6. Миссионерско-апологетический проект «К истине» (www.k-istine.ru) – сайт психологической помощи потенциальным самоубийцам. Самоубийство рассматривается как грех. Важную роль в предотвращение самоубийств играет церковь. Именно вера в Бога освободит людей от таких мыслей.

7. «Избери жизнь» (<http://www.nosuicide.ru/>). На сайте предоставлены статьи по теме самоубийство и о способах его предотвращения. Кроме этого, на сайте можно получить анонимную помощь психолога очно или по Skype.

Как мы видим, необходимую психологическую помощь можно получить не только лично обратившись к психологу, а также анонимно через Интернет-сайты. Перед тем, как давать подростку ссылку на тот или иной сайт, психологу следует изучить их содержание и интерфейс, поскольку некоторые из представленных сайтов для оказания анонимной помощи потенциальному суициденту носят религиозный характер.

Также при адресации на какой-либо сайт оказания помощи подростку группы риска, стоит взвешенно оценить и риски использования интернет-пространства для оказания помощи. В сети интернет сегодня можно не только найти нужную информацию, получить анонимную помощь, но и попасть под влияние неконструктивных сообществ, пропагандирующих романтизацию смерти, экстремизм, агрессию, насилие, кибербуллинг и т. д., которые могут спровоцировать активизацию суицидального поведения со стороны незрелого, ранимого и внушаемого подростка.

Телефон доверия как способ экстренной дистанционной помощи

Особой стратегией оказания психологической помощи подросткам является помощь по Телефону доверия. Основная цель Телефонов доверия – оказание экстренной психологической помощи населению в виде телефонного консультирования. Такая помощь более предпочтительна для тех, кто хочет оставаться анонимным, также она бесплатна, работает круглосуточно и сохраняет конфиденциальность [7]. Наиболее *востребованные контакты* в отношении подростков из данного списка представлены ниже.

Круглосуточный телефон доверия для детей и подростков 8 (800) 2000-122

Горячая линия службы экстренной психологической помощи МЧС РФ +7 (495)989-50-50. Сайт <https://www.psi.mchs.gov.ru/>

Телефон доверия экстренной психологической помощи +7 495 575 87 70

Телефон доверия экстренной медико-психологической помощи +7 495 205 05 50

Телефон психологической поддержки Центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского +7 495 637 70 70

Безусловно, консультация со специалистами Телефонов Доверия является разовой, экстренной формой оказания помощи. Но в некоторых случаях, когда подросток не знает куда обратиться, чтоб выговориться, рассказать о наболевшем и, наконец, поделиться хоть с кем-то готовностью совершить непоправимое, консультант на другом конце провода является спасательным кругом. Поэтому знать номера Телефонов Доверия важно не только подростку, но и родителям.

Таким образом, психологическая работа с подростками, имеющими низкий и средний уровень риска СП, может быть выстроена на основе применения консультирования. В большинстве случаев с таким подростком требуется серия консультативных встреч. Но, глубокая, длительная работа с психологом способна вывести подростка из тяжелого эмоционального состояния, проработать суицидальные мысли и намерения, разрушить мотивы, цели и смысл СП – тем самым профилировать дальнейшее развитие суицидального поведения.

5. Психологическая помощь подросткам с высокой степенью риска суицидального поведения

Как уже было отмечено выше, подросткам с высокой степенью риска действенная помощь может быть оказана в комплексной работе психолога, психиатра и психотерапевта.

Психолог, при выявлении высокого риска СП, должен связаться не только с родителями подростка, но и с психиатром для оказания медикаментозной помощи. По этой причине в данном разделе приведены аспекты клинической работы с подростком – потенциальным суицидентом.

В то же самое время привязка оказания помощи к медицинской деятельности, работа с психиатром и психотерапевтом зачастую пугает подростка и его родителей, которые не до конца понимают необходимость комплексной помощи для потенциального суицидента. В данной ситуации психолог может убедить родителей и подростка в необходимости оказания комплексной помощи, в том числе медикаментозной поддержки, для предотвращения суицидальной попытки.

В настоящее время в научной литературе обозначены «точки входа» в работу с подростком – потенциальным суицидентом для психолога, психотерапевта, психиатра. На основании данных научного журнала и таблицы 2 можно обозначить те ситуации, где клиническая терапия может осуществляться [17].

Таблица 2 – Определение тактики оказания комплексной помощи подросткам с риском СП

Факторы	Формы суицидального поведения				
	Антивитальные переживания	Суицидальные мысли	Суицидальные замыслы	Суицидальные намерения	Суицидальные попытки
Риск суицида	<div style="text-align: center;">  </div>				Реализация
	<i>Минимальный.</i> Суицид возможен в исключительных случаях	<i>Повышен, но суицид маловероятен</i>	<i>Высокий, но суицид маловероятен до срабатывания «внешнего ключа»</i>	<i>Максимальный, идёт подготовка к реализации</i>	
Психологические защиты	Активны	Максимально активны (внутренняя борьба)	Избирательно активны, частично нарушены	Избирательно активны, частично нарушены	Мало активны, значительно нарушены
Доступность контакту	Максимально доступны	Максимально доступны	Доступны	Ограниченно доступны	Ограниченно доступны
Терапия	Возможна и эффективна	Возможна и эффективна	Возможна, но избирательно эффективна	Возможна, но ограничена	Возможна, но ограничена
Тактика	Скрининг, консультирование	Оценка в динамике, помощь	Активная помощь, наблюдение	Немедленная госпитализация	Немедленная госпитализация

При высокой степени риска, сформированных суицидальных замыслах рекомендуется направить подростка к психотерапевту для глубинной терапии и комплексной помощи. Однако первичная психологическая помощь необходима.

Исследователи приводят ряд рекомендаций по ведению беседы с подростком с высокой степенью риска суицидального поведения [18].

Вопросы прямого характера, непосредственно о СП следует задавать при готовности к содержательной беседе. Обычно лица с суицидальными мыслями открыты обсуждению проблем при эмпатической связи с психологом, психотерапевтом или врачом. Большинство потенциальных суицидентов амбивалентно к самоубийству и чувствует облегчение, если имеет возможность обсуждать проблемы.

В клинической беседе с возможным суицидентом следуют ряду правил.

- Поддерживать зрительный контакт, заинтересованно слушать, наклонившись несколько к собеседнику (но, не «нависая» над ним).
- Расспрашивать наедине, так как суицидент может утаить информацию от близких.
- Начать с одобрения, открытых и нейтральных вопросов о самочувствии («в целом»), с выяснения «главной трудности» (что более всего «мешает» жить, в связи с чем, состоялась данная встреча).
- Важно оценить симптомы, связанные с суицидальным риском, прицельно и тщательно выявить депрессивные (смешанные), тревожные симптомы, особо отчаяние и безнадежность, злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами.
- Резкие, навязчивые вопросы при краткой встрече ухудшат взаимопонимание.
- Беседа в эмпатической недирективной манере, не избегая тем СП и неприятных чувств, устанавливает терапевтический союз и облегчает страдание.
- «Подстраивать» темп речи, громкость голоса под особенности собеседника, говорить неторопливо, терпеливо, простыми недвусмысленными фразами; всё более задавая «закрытых» вопросов о психопатологических симптомах и внутренней картине кризиса.
- Избегать моральных оценок (осуждения, споров) и «растворения» в чувствах подростка.
- Разделить ответственность, озвучив границы своих возможностей: оценить риск причинения себе (и окружающим) вреда (то есть самоповреждений и агрессии), организовывать немедленную помощь суициденту и его близким (сообщить об альтернативе СП, ресурсах), но не отвечать единолично за СП и эффект лечения, но не разрешение, возможно, многолетних и многообразных психосоциальных проблем.

- Вселять надежду, не предлагая универсальных утешительных формул.
- Задавать неоднократно уточняющие вопросы в разных формах и искать подтверждения промежуточным выводам: «Итак, правильно ли Вас понял...». Полезнее прямые вопросы о СП в настоящем и прошлом.
- В зависимости от состояния опрашиваемого (астенизация, рассеянность, заторможенность, тревога) – предлагать перерывы, попить, сходить – под присмотром? – в туалет, «размяться».
- Конфиденциальность не распространяется на актуальный риск СП. Безопасность приоритетна. Психолог / психотерапевт / врач сообщит близким и иным заинтересованным лицам, что пациенту (особо подростку) угрожает самоубийство, и следует незамедлительно обеспечить его (её) безопасность. Суицидальный «договор» не имеет клинической и юридической ценности.
- Оценка риска СП опирается на разноплановые данные: психологическую диагностику, клинический структурированный опрос, дополненный наблюдением за обследуемым, по возможности: сведениями третьих лиц (близких, знакомых, свидетелей) и медицинской документации.
- В кризисной ситуации может потребоваться отслеживание телефонных звонков, сообщений в Сети, привлечение полиции. Многосторонняя информация о причинах направления на консультацию и истории (давней и актуальной) СП пациента может иметь решающее значение в выборе безопасной и подходящей обстановки лечения [1, 3].
- Структурированная оценка (последовательная оценка и учёт факторов риска и антисуицидальных факторов) позволят определить степень риска СП. Прогноз в силу многообразия и изменчивости СП возможен в краткосрочной перспективе (в остром состоянии – до 48 часов). Рекомендована следующая последовательность типовых вопросов, постепенно и последовательно выясняющих суицидальные намерения.

Не следует: беседу «отложить», провести наспех, обещать скорое успешное решение всех проблем пациента и / или его близких. Предлагать «взять себя в руки», ссылаться на тех, кому «ещё хуже» (инвалиды, бездомные), заключить су-

ицидальный «контракт» (с обещанием не причинять себе вреда 24–48 часов с пролонгацией «договора», чтобы «не подводить» врача, не принести боль близким). Понимание сути и возможности выполнения контракта сомнительны в остром психозе и / или выраженной депрессии, интоксикации ПАВ, недавней серьезной суицидальной попытке, препятствующими пониманию содержанию контракта.

При этом ведение клинической беседы имеет отличия от психологической консультации [18]. Основное отличие заключается, прежде всего, в этапах клинической беседы и в характере задаваемых вопросов. По материалам публикации [18] обозначим в таблице 3 основные этапы и примеры вопросов клинической беседы психиатра с потенциальным суицидентом.

Таблица 3 – Содержание клинической беседы с потенциальным суицидентом

Этапы клинической беседы	Типовые вопросы
1.Общее ознакомление	Как поживаете? Как дела в школе? Кто или что мешает жить? Почему ищите помощи именно сейчас?
2.Психопатологические суицидальные симптомы	Каково по 5-ти балльной шкале ваше настроение? Радует жизнь? Ощущаете безнадежность, тоску, беспомощность, тревогу, панику отчаяние? Никому до вас нет дела? Винаваты? Как спите? Считаете себя калекой, изгоем, не таким как все? Жизнь утомительно бессмысленна? Хочется ли начинать день? Хотите причинить кому-либо вред, боль, кого-то наказать? Как часто употребляете спиртное / наркотики?
3. Мысли о суициде	Сочувствую вам в трудное время. Бывали ли фантазии о смерти? Намерены покончить с собой? Когда появились такие мысли? Как удастся контролировать их? Какого отношения к суицидальным мыслям? Что приносит облегчение?
4. Планирование суицида	Если бы вы убили себя, то как бы это сделали? Как намереваетесь покончить с собой? Есть ли конкретный план суицида? Выбраны время, место, обстоятельства, способ? Предпринимали уже попытки нанести себе вред?
5. Подготовка, доступность средств суицида. Намерение умереть	Есть ли доступ к средству исполнения плана? Насколько смертелен выбранный способ? Репетировали? Как это должно по-вашему произойти? Что будет дальше? Что будет происходить с окружающими? Заверили ли завещание? Сделали страховку на всякий случай?
6. Неблагоприятное жизненное событие (дистресс)	Что случилось? Почему? Как это событие привело к кризису? Зачем хотите покончить с собой?
7. Антисуицидальные (защитные) факторы	Что «держит» в жизни? Что мешает от мыслей перейти к делу? Что или кто помогает защититься от мыслей о смерти? Насколько сильно желание жить? В чем цель и смысл жизни?

Таким образом, клиническая беседа имеет прямой характер задаваемых вопросов, жестко фиксированные этапы и течение разговора с потенциальным суицидентом. Со стороны подростка это может переживаться болезненно, однако необходимо для определения стратегии оказания помощи и медикаментозного лечения.

В целях предупреждения возникновения суицидального поведения, особенно в подростковой среде, целесообразно введение системных мер профилактики самоубийств.

6. Общая технология психологической профилактики суицидального поведения среди подростков в возрасте 12–17 лет

В настоящее время профилактика суицидального поведения является крайне актуальной. Практически в каждом субъекте РФ создаются разными ведомствами рекомендации [5, 9, 20, 21, 22, 28], направленные на предотвращение и снижение интенсивности проявлений СП.

Профилактика суицидального поведения у несовершеннолетних – это система государственных, социально-экономических, педагогических, медицинских, психологических, и иных мероприятий, направленных на предотвращение развития у детей и подростков суицидального поведения (суицидальных попыток и завершенных суицидов).

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

Отсюда, психолого-педагогическая профилактика должна быть направлена на предупреждение основной причины суицидального поведения – устранение внешних причин, факторов и условий, вызывающих социально-психологическую дезадаптацию личности [25].

Правовой базой в профилактике СП выступают Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.01.2016 № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида», Федеральный закон Российской Федерации от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Распоряжение Правительства РФ от 06.07.2018 № 1375-р (ред. от 01.12.2018) «Об утверждении плана основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства».

Психологическими разработками в области исследования и профилактики суицидального поведения занимались А. М. Амбрумова, Е. В. Змановская, А. Полева, И. А. Погодина и др.

Анализ существующих методических и нормативных документов позволяет выделить следующие актуальные направления психопрофилактической работы с подростками по профилактике суицидального поведения: психологическая превенция и интервенция.

Превентивные меры заключаются в проведении профилактики и своевременном выявлении суицидального риска. Социальная профилактика – сознательно и целенаправленно организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, педагогических, психологических и других проблем и достижению определенного желаемого результата [20].

Суицид, который совершен или может быть совершен учащимся образовательного учреждения затрагивает как родственников, так и всех субъектов образовательного процесса. Поэтому деятельность психолога должна быть направлена на взаимодействие со всей системой в целом, и заключается она в своевременном выявлении риска суицида, кризисном вмешательстве, проведении программ по предотвращению суицида, внедрении индивидуальных и групповых форм работы с подростками, подключение классного руководителя и родителей подростка к сложившейся ситуации.

Основными *целями профилактики СП* являются:

- выявление причин и условий, которые способствуют появлению суицидального поведения;
- уменьшение вероятности появления суицидального поведения;
- сохранение и поддержание оптимального образа жизни;
- содействие подростку в достижении поставленной цели, раскрытие внутренних и внешних ресурсов, творческих способностей.

Исходя из целей профилактики СП, профилактическими *задачами*, решаемыми в ходе данной деятельности, являются:

- мониторинг, прогноз и анализ явлений, которые способствуют возникновению суицидального поведения;
- изучение жизнедеятельности подростков, имеющих риск суицидального поведения, выявление факторов, приводящих к личностной деформации;
- устранение или максимальное ограничение негативно влияющих факторов на личность подростка;
- постоянное выявление подростков, склонных к суициду;
- активное профилактическое воздействие на данную категорию подростков;
- формирование у школьников в процессе обучения и воспитания собственных установок, потребностей и значимой мотивации на соблюдение норм и правил ЗОЖ, находящей одобрение и поддержку среди сверстников и в семье, где с раннего возраста закладываются предпосылки здорового или, наоборот, саморазрушающего, аддиктивного поведения.

Формами профилактической поддержки считаются:

- воздействие на социальную среду, в виде формирования тех или иных установок,
- информирование, в виде проведения бесед, лекций, создания социальных роликов, распространение специальной литературы и т. п.;
- обучение важным социальным навыкам, таким как устойчивость к негативному влиянию, повышение самооценки, формирование жизненных навыков;

- активизация личностных ресурсов, занятия спортом, искусством, участие в группах общения;
- организация здорового образа жизни, нахождении гармонии с собой и с окружающим миром.

В ряде случаев выделяют первичную, вторичную и третичную профилактику [22], направленные на профилактику этапности развития суицидального поведения.

В зависимости от участников, можно выделить основные направления психопрофилактической работы с родителями, с учителем и классом школы. Рассмотрим данные ключевые направления.

Психопрофилактическая работа с родителями подростка с риском СП

Как было отмечено в разделе оказания индивидуальной психологической помощи подростку с риском суицидального поведения, психолог при выявлении риска обязан предупредить родителей о возникших признаках суицидальной опасности, информировать родителей о возрастных, индивидуальных особенностях подростка, о его способе реагирования на кризисную ситуацию.

При этом важны следующие аспекты психопрофилактической работы:

Во-первых, формирование общего представления о проблеме подросткового суицида.

Во-вторых, информирование о признаках суицидальной опасности и способах психологической профилактики суицидального поведения среди подростков (индивидуальная консультативная помощь, экстренная помощь по телефону доверия, работа со специализированными сайтами).

В-третьих, крайне важно информировать родителей о необходимости налаживания конструктивных межличностных отношений и урегулирования конфликтов в семье. Родителям очень важно проявлять любовь и заинтересованность в подростке, но избегая гиперопеки. Родители должны чаще разговаривать о переживаниях подростка, не осуждая его переживания. Родители, как никто иной, могут поддерживать подростка.

Даже единичная беседа родителей (законных представителей) с психологом или классным руководителем подростка способна изменить качество межличностных отношений и снизить переживания социально-психологической дезадаптации, а также – заметно снизить риск возникновения суицидального поведения.

В настоящее время в научной литературе разработано достаточное количество методических рекомендаций, памяток для родителей по предупреждению появления суицидального поведения среди подростков [25]. В приложении 3 представлена типовая памятка для родителей подростка.

Психопрофилактическая работа в школе

Помимо семьи важнейшей сферой профилактической работы по предотвращению суицидального поведения, безусловно должна быть школа.

Психолого-педагогические условия, обеспечивающие профилактику суицидального поведения, включают в себя [25]:

- 1) выделение ключевых параметров образовательной среды ребенка;
- 2) организацию психолого-педагогического сопровождения суицидентов;
- 3) обучение педагогического коллектива навыкам раннего распознавания суицидального поведения учащихся;
- 4) уровневую профилактику суицидов в образовательных организациях на основе внедрения индивидуальных и групповых программ по формированию навыков адаптивного поведения;
- 5) совместную деятельность образовательных организаций и отдельных социальных институтов по предотвращению суицидального поведения молодежи.

А. Н. Волкова предлагает модель психолого-педагогического профилактики суицидального поведения подростков, и выделяет основные условия успешной ее реализации:

1. Микросоциальные условия. Учет динамики умственной работоспособности при организации учебного труда и отдыха, выборе режимов обучения, со-

ставлении недельного расписания; использование на уроках здоровьесберегающих педагогических технологий, минимизация стрессовых воздействий во время проведения контрольных работ и экзаменов.

2. Понимание руководителями школы и педагогическим коллективом значимости решения вопросов формирования, укрепления и сохранения здоровья учащихся в процессе получения ими образования, присутствие фактора социального одобрения деятельности, отнесенной к здоровому образу жизни.

3. Формирование у школьников в процессе обучения и воспитания собственных установок, потребностей и значимой мотивации на соблюдение норм и правил ЗОЖ, находящей одобрение и поддержку среди сверстников и в семье, где с раннего возраста закладываются предпосылки здорового или, наоборот, саморазрушающего, аддиктивного поведения.

4. Конструктивная политика школы в отношении здоровья и личностного развития детей – реальные ценности, нормы и правила, позволяющие предъявлять адекватные требования к возможностям учеников, устанавливать четкие правила и последовательно их выполнять, соблюдать дисциплину на основе поощрения позитивного поведения, активно участвовать в жизнедеятельности школы, устанавливать отношения доверия и конструктивного взаимодействия [9].

Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся, является многоуровневым. В традиционной схеме профилактики основным критерием выделения уровня выступает степень суицидального риска, в модели психолого-педагогического сопровождения профилактики предлагается новый подход – по уровням социальной структуры образовательной организации, начиная от подростка, далее – группы его ближайшего школьного окружения, затем – школы. Принципиальным отличием такого подхода являются целевые группы каждого уровня, характеризующиеся и как объект, и как субъект превенции. Психологическая помощь как один из уровней системы социальных воздействий на личность подростка с проявлениями суицидального поведения имеет ярко выра-

женную гуманистическую направленность, что находит отражение в таких принципах психологической работы, как конфиденциальность, добровольность и личная заинтересованность, принятие человеком ответственности за свою жизнь, взаимное доверие, поддержка, уважение личности и индивидуальности.

Направления работы классного руководителя по профилактике суицидального поведения подростков в классе:

1. Обеспечение социально-правовой защиты всех субъектов образовательного процесса (учителей, учащихся и их родителей).
2. Обучение подростков социально важным навыкам: навыки принятия решения, умение противостоять негативным влияниям со стороны (умение сказать «нет»), навыки саморегуляции, формирование коммуникативной компетентности.
3. Формирование у подростков культуры здорового и безопасного образа жизни (профилактика девиантного поведения).
4. Формирование ценностно-смысловой жизнеутверждающей позиции у подростков через вовлечение подростков в социально-значимые виды деятельности: организация школьного самоуправления, формирование установок на самореализацию в различных сферах жизнедеятельности (благотворительная деятельность, культура, спорт, искусство, наука и др.).
5. Работа с родителями, семьей: формирование у родителей и детей навыков совместной деятельности и общения, информирование родителей об особенностях суицидального поведения у подростков, о поведенческих признаках, которые могут свидетельствовать о скрытых проблемах ребенка; ознакомление родителей с теми формами семейных отношений, которые приводят к негативным последствиям.
6. Выявление подростков «группы риска» с нарушенными внутрисемейными, внутришкольными или внутригрупповыми взаимоотношениями и работа по их реабилитации совместно с социальным педагогом и психологом;
7. Взаимодействие с учащимися в сети Интернет посредством социальных сетей (ВКонтакте, Мой круг, Одноклассники). Анализируя интерфейс страницы

учащегося, классный руководитель может получить дополнительную информацию о психологической составляющей его личности, интересах, особенностях общения с другими пользователями социальной сети, интересующих темах и т. д. На странице учащийся самопрезентует себя с помощью различных средств: аватар, статус, фотографии, записи на стене, друзья, перечень групп, в которых состоит подросток. Всё это составляет портрет его личности. Поэтому уметь анализировать информацию в социальной сети должен и психолог, социальный педагог, и классный руководитель.

8. Сотрудничество классных руководителей с общественными организациями, занимающиеся вопросами профилактики суицидального поведения подростков.

Следующим направлением психопрофилактической работы с подростками по профилактике суицидального поведения может быть *интервенция* – индивидуальная и групповая работа с учащимися, которая может включать проведение тренингов в группе и индивидуальные консультации, для того, чтобы помочь подросткам нормализовать их психическое состояние. Консультационная беседа имеет свои этапы: на начальном этапе устанавливается эмоциональный контакт с подростком. В ряде случаев может применяться оценка риска суицидального поведения по предоставленному алгоритму [22]. На втором этапе консультативной работы устанавливается последовательность тех событий, которые привели к состоянию безысходности. На третьем этапе планируется совместная деятельность по преодолению возникшего кризиса и на заключительном этапе формируется дальнейший план действия и активной поддержки подростка. Пример проведения консультативной профилактической беседы представлен в разделе индивидуальной помощи подростку с риском СП.

Таким образом, существующие модели профилактической работы с риском суицидального поведения направлены на охват максимально большего количества участников жизни подростка – потенциального суицидента. Разносторонняя

профилактическая работа, безусловно, необходима. Но, зачастую охватить системными мерами все социальное окружение подростка, имеющего суицидальные наклонности, невозможно, и профилактические мероприятия проводятся разово, бессистемно. В подобном случае выбор стратегии времени профилактической работы играет значимую роль. Определение точки включения профилактической работы будет иметь определяющее значение во всей последующей деятельности педагога-психолога.

7. Опыт реализации профилактики суицидального поведения в рамках проекта «#Быть» на территории Кировской области

Основываясь на необходимости построения комплексной модели технологии профилактики суицидального поведения среди подростков на основе анализа теоретических и методических источников были выделены следующие этапы профилактической работы с подростками 12–17 лет, обучающимися в организациях Кировской области.

1. Тотальная диагностика подростков разных возрастных категорий, позволяющая определить специфику СП в подростковой среде по региону.
2. Адресная психологическая помощь подросткам группы риска по СП в виде индивидуальной консультативной работы и групповой тренинговой работы.
3. Адресная просветительская работа и консультативная помощь родителям подростков с риском СП.
4. Адресная профилактическая и просветительская работа с психологами и педагогами образовательных организаций, где обучаются подростки с риском СП.
5. Общая психопросветительская работа с подростками, родителями и психологами-педагогами образовательной организации, направленная на формирование психологической грамотности и информирование о подростковом СП и мерах психологической помощи.

Опишем систему профилактической работы по результатам работы в проекте «#Быть», где исходным пунктом оказалась направление индивидуальной работы с подростком, подающим тревожащие сигналы.

На начальном этапе реализации проекта «#Быть» отправной точкой начала психопрофилактической работы стала тотальная диагностика учеников старших классов школ и средне профессиональных учебных заведений.

В качестве психодиагностической методики оценки риска СП выступила методика «Сигнал». Ее описание содержится в соответствующем разделе настоящего пособия.

По итогам диагностики на каждого респондента составлялся протокол с результатами опроса по методике «Сигнал» (Приложение 4). Всем подросткам с выявленным средним и высоким риском суицидального поведения предлагалось пройти дополнительно опрос по методике «Антисуицидальные мотивы», по итогам которого формировался отдельный протокол (Приложение 5).

Протоколы диагностического обследования отправлялись педагогу-психологу, социальному работнику или администрации образовательного учреждения с комментариями диагностов и предложением дальнейшей консультативной работы с подростком группы риска на базе университета.

В случае наличия квалифицированного педагога-психолога в образовательной организации стратегия оказания психопрофилактической работы и психологической помощи подростку обсуждалась совместно со специалистом образовательной организации.

В случае отсутствия в образовательной организации специалиста организации через администрацию школ предлагалось организовать установочную встречу каждого подростка группы риска с психологом ВятГУ.

Результаты диагностики риска суицидального поведения подростков Кировской области, проведенного в рамках проекта в 2020 году

К диагностике приглашались школы и средне-специальные образовательные организации города Кирова и Кировской области. Диагностика проводилась автоматизировано с использованием лицензионного оборудования в очной и заочной формах – по договоренности с образовательными организациями в соответствии с развитием эпидемиологической ситуации в Кировской области. В сборе диагностических данных приняли участие студенты ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», обучающиеся на направлении подготовки 37.03.01 Психология.

В учебном пособии представлены данные диагностики за период с 01.09.2020 по 13.12.2020. Общий объем выборки на конечную дату составил 194 респондента. Состав выборки охарактеризован в таблице 4.

Ввиду механизма случайного распределения выборка оказалась неуравновешенной по составу респондентов.

Гендерный состав выборки относительно ровный. 50,5% участников исследования – женского пола, 49,5% респондентов – мужского пола.

Таблица 4 – Состав выборки исследования

Район	Общее количество респондентов	Пол		Возраст		Уровень образования	
		Женский	Мужской	12–14	14–17	Школа	ССУЗ
Киров	30	15	15	0	30	0	30
Афанасьевский	7	4	3	0	7	7	0
Вятскополянский	44	18	26	1	43	24	20
Котельничский	22	13	9	1	21	22	0
Слободской	90	47	43	6	84	90	0
Советский	1	1	0	1	0	1	0
Итого	194	98	96	9	185	144	50

Поскольку опрос проводился преимущественно в старших классах школы по рекомендации администрации, возрастной состав выборки также оказался не

уравновешен: 5% выборки относятся к категории младшего подросткового возраста, учатся в 7–8 классах школ, 95% выборки относятся к категории старшего подросткового возраста, т. е. являются учащимися 9–11 классов школ и 1–2 курсов средне профессиональных учреждений.

При анализе данных таблицы можно утверждать, что при проведении исследования 74,2% подростков – участников исследования учатся в школах районов Кировской области, 25,8% респондентов – учатся в средне профессиональных учебных заведениях.

По итогам диагностики в общей выборке респондентов происходила группировка испытуемых по степени риска СП. Результаты распределения по уровням риска суицидального поведения представлены в таблице 5.

На рисунке 3 отображено соотношение респондентов по уровню риска суицидального поведения в целом по выборке.



Рисунок 3 – Соотношение респондентов по уровню риска суицидального поведения в целом по выборке (n=194)

Таблица 5 – Распределение респондентов по уровням суицидального риска

Район	Уровень риска суицидального поведения	Общее количество респондентов	Пол		Возраст		Уровень образования	
			Женский	Мужской	12–14	14–17	Школа	ССУЗ
Киров	низкий	21	11	10	0	21	0	21
	<i>средний</i>	8	4	4	0	8	0	8
	<i>высокий</i>	1	0	1	0	1	0	1
Афанасьевский	низкий	7	4	3	0	7	7	0
	<i>средний</i>	0	0	0	0	0	0	0
	<i>высокий</i>	0	0	0	0	0	0	0
Вятскополянский	низкий	36	14	22	1	35	21	15
	<i>средний</i>	5	3	2	0	5	2	3
	<i>высокий</i>	3	1	2	0	3	1	2
Котельничский	низкий	17	11	6	0	17	17	0
	<i>средний</i>	5	2	3	1	4	5	0
	<i>высокий</i>	0	0	0	0	0	0	0
Слободской	низкий	69	40	29	3	66	69	0
	<i>средний</i>	16	5	11	1	15	16	0
	<i>высокий</i>	5	2	3	2	3	5	0
Советский	низкий	1	1	0	1	0	1	0
	<i>средний</i>	0	0	0	0	0	0	0
	<i>высокий</i>	0	0	0	0	0	0	0
Общее количество по выборке	низкий	151	81	70	5	146	115	36
	<i>средний</i>	34	14	20	2	32	23	11
	<i>высокий</i>	9	3	6	2	7	6	3
Итого		194	98	96	9	185	144	50

78% респондентов имеют низкий уровень риска СП. Другими словами, при диагностике с помощью методики «Сигнал» среднее время психофизиологической реакции на суицидальные стимулы не превышает среднее время реакции на нейтральные стимулы, что означает отсутствие фиксации на суицидальных вербальных маркерах.

17% респондентов имеют средний уровень риска СП. Коэффициенты отношения среднего времени реакции и просмотра незначительно меньше единицы в диапазоне от 0,8 до 1. Другими словами, испытуемые во время диагностики чуть дольше фиксировали внимание на стимулах суицидальной окраски, чем на нейтральных стимулах, что указывает на значимость вербальных маркеров данной категории.

5% респондентов имеют высокий уровень риска СП. Во время прохождения тестирования подростки показали длительную психофизиологическую реакцию сосредоточения на суицидальных вербальных стимулах, что указывает на высокую важность и выделение из всех других тематик именно тематики суицидального поведения.

Таким образом, каждый второй из десяти подростков проявил в ходе диагностики реакцию на стимулы суицидальной тематики. Данное положение подтверждает статистику ВОЗ о распространенности суицидального поведения в России в подростковой среде.

Далее, подросткам с высоким и средним риском суицидального поведения предъявлялся «Опросник антисуицидальных мотивов», направленный на оценку степени выраженности различных антисуицидальных мотивов, способных предотвратить от совершения попытки самоубийства. 2 человека из группы риска не прошли опрос по разным причинам: болезнь и отказ от диагностики.

Показатели описательной статистики с обозначением уровневых показателей по выборке испытуемых с риском суицидального поведения содержатся в таблице 6.

Таблица 6 – Показатели описательной статистики с обозначением уровней показателей по выборке испытуемых с риском суицидального поведения

	Антисуицидальные мотивы					
	Выживание, умение справляться с ситуацией	Ответственность перед семьей	Мотивы, связанные с детьми	Опасения относительно совершения самоубийства	Опасения социального неодобрения	Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки
Среднее значение	5	4,9	5,1	3,3	3,6	3,75
Мода	5,8	5	6	3,3	3,3	3,5
Стандартное отклонение	0,7	0,8	1	1,1	1,2	1,1
Низкий уровень	3,6–4,29	3,2–4	4–5	1,1–2,1	1–2,3	1–2,6
Средний уровень	4,3–5,7	4,1–5,7	5–6	2,2–4,4	2,4–4,8	2,65–4,85
Высокий уровень	5,71–6	5,71–6	–	4,5–6	4,9–6	4,9–6

Анализ показателей степени выраженности антисуицидальных мотивов позволяет сделать ряд заключений.

1. Среди подростков наиболее значимым антисуицидальным мотивом является мотив, связанный с детьми, который проявляется в стремлении подростков к будущему в виде создания собственной семьи, желании заботиться о настоящем и будущем своих детей, общаться с ними, наблюдать их рост и развитие. У 29% респондентов данный мотив получил максимальный балл, у 66% подростков данный мотив находится на уровне от 5 до 6 баллов.

2. Следующий по значимости мотив для большинства подростков с риском суицидального поведения – выживание, умение справляться с ситуацией. У 48,8% подростков данный мотив находится в диапазоне от 5 до 6 баллов. Это указывает на желание подростков чувствовать себя сильными, иметь ощущение внутренней силы, желание жить, способность решать проблемы, ставить цели, строить планы на будущее, контролировать свою судьбу, испытывать радость. Данный мотив в перечне антисуицидальных занимает особую позицию, поскольку указывает на формирование внутренней личностной позиции, ориентацию на истинно взрослую модель поведения и способствует значительному снижению риска суицидального поведения при дальнейшей профилактической работе.

3. Напротив, мотив опасений относительно самоубийства, заключающийся в страхе смерти и неизвестности, неуверенность в способности совершить задуманное, боязни самого процесса самоубийства и его атрибутов (боль, кровь, насилие) для данной выборки подростков оказался наименее значимым. Лишь для 9,7% данный мотив получил высокие баллы. Это может указывать на толерантность к тематике смерти, суицида и отсутствие вероятного порогового состояния перехода от мыслей к действиям, попытке суицида.

4. Также мотив опасения социального неодобрения, заключающийся в нежелании получить осуждение и неодобрение со стороны других людей, оказался недостаточно актуализированным среди современных подростков. 17% подростков выделяют его в качестве значимого и ставят на верхние позиции рейтинга. Подобный результат также может быть связан с индивидуалистической культурой общества и эгоцентричностью позиции в подростковом возрасте. Свое мнение и решение для подростка будет иметь определяющее значение.

Таблица 7 – Средние значения значимости антисуицидальных мотивов по районам Кировской области

Регион	Количество респондентов группы риска	Средние значения значимости антисуицидальных мотивов					
		Выживание, умение справляться с ситуацией	Ответственность перед семьей	Мотивы, связанные с детьми	Опасения относительно совершения самоубийства	Опасения социального неодобрения	Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки
Киров	9	5	5	5	3,5	3,6	3,7
Афанасьевский	0	–	–	–	–	–	–
Вятскополянский	8	5	4,7	5	3,4	3,7	3,7
Котельничский	5	5	4,9	5,1	3,3	4,1	4,5
Слободской	19	5	4,9	5,1	3,3	3,6	3,8
Советский	0	–	–	–	–	–	–
Итого	41	5	4,9	5,1	3,3	3,6	3,75

Выраженность мотивов антисуицидального поведения по регионам представлена в диаграмме на рисунке 4.



Рисунок 4 – Выраженность мотивов антисуицидального поведения по регионам

Сравнительный анализ значимости антисуицидальных мотивов позволяет сделать вывод о равной степени значимости определенных мотивов в регионах, что дает основание анализировать их в общей совокупности и позволяет предположить о наличии универсальных терминальных ценностей, лежащих в их основе.

Проведенный первичный анализ выраженных антисуицидальных мотивов значительно расширяет представление о возможных способах работы с подростками. Актуализация антисуицидальных мотивов со стороны может предотвратить попытку суицида и способствовать снижению состояния внутренней напряженности и безысходности со стороны подростка.

Таким образом, диагностика СП на настоящий момент может осуществляться по нескольким направлениям: с помощью экспресс-методов, позволяющих превентивно оценить риск СП в короткие сроки, а также более глубокая оценка параметров СП (например, актуального эмоционального состояния, оценка суицидальных намерений (риска), оценка суицидальной мотивации). Диагностический инструментарий по тематике СП достаточно распространен. Однако, в каждом конкретном случае батарея диагностических инструментов

должна подбираться с учетом возраста, статуса и особенностей респондентов. Экспресс-методики диагностики зачастую позволяют сделать лишь общий замер риска СП, но при этом не позволяют получить содержательной глубокой информации об особенностях СП испытуемого. Глубокое содержательное диагностическое исследование требует длительного времени, предварительной настройки респондента на достоверные ответы и сочетается с риском фиксации на суицидальной тематике. В данных условиях возникает потребность в создании и апробации дополнительных диагностических инструментов риска и особенностей СП в приемлемой для подростков форме стимульного материала.

Результаты диагностики для практикующего психолога могут послужить отправной точкой для осуществления психопрофилактической работы и оказания психологической помощи подростку с риском СП.

Индивидуальная профилактическая консультационная работа с подростками Кировской области

Следующим этапом профилактической работы стала организация серии информационно-консультативных встреч с подростками в онлайн-формате с установленным средним и высоким риском суицидального поведения.

Первая встреча носила организационный характер и проводилась в присутствии психолога или социального педагога школы с согласия законных представителей подростка. Цель первичной консультации: установление контакта, обсуждение итогов диагностики в общем виде без детальной расшифровки, уточнение наличия риска суицидального поведения, информирование о возможности получения психологической помощи. Встречи осуществлялись по видеоконференцсвязи на платформе Zoom.

Приведем примеры вопросов, которые были заданы подростку на установочной встрече:

Расскажи о себе.

Расскажи о своей семье.

Как относятся к тебе родители?

Какие отношения с братьями / сестрами / родственниками?

Мы сегодня собрались по поводу результатов диагностики.

Методика «Сигнал» направлена на оценку эмоционального состояния в том числе. Были получены тревожащие показатели эмоционального состояния, поэтому мы собрались, чтоб рассказать о возможностях получения квалифицированной психологической помощи.

Что ты знаешь о работе психолога?

Пример протокола первичной консультативной встречи психолога с подростком группы риска представлен в приложении 6.

После знакомства и установления контакта, подростку рассказывалось о возможностях работы с психологом по следующим направлениям: индивидуальная консультативная помощь; углубленная диагностика риска суицидального поведения; тренинговая работа в «холодных» малых группах по проработке причин суицидального поведения; тренинг ресурсных состояний.

Для тех подростков группы риска, кто соглашался продолжить консультативные встречи в индивидуальном порядке, были организованы конфиденциальные встречи в Zoom. Это была развернутая консультация, посвященная детальному разбору результатов диагностики суицидального поведения, анализу риска суицидального поведения и актуализации ресурсов для преодоления трудных жизненных ситуаций. Протокол консультации представлен в приложении 7.

Примеры вопросов консультации с подростком представлены ниже.

Как твои дела?

Что произошло в твоей жизни после последней встречи?

Помнишь, мы говорили о тревожащих результатах диагностики. «Сигнал» оценивает не только параметры когнитивного развития, но и эмоционального состояния. В ходе диагностики были получены тревожащие нас результаты. Как ты думаешь, почему были получены такие тревожащие сигналы?

Тревожащие сигналы могут появиться потому, что во время заполнения опросника, например, человек находится в подавленном настроении, в трудных обстоятельствах, переживает депрессию?

Переживал ли ты в своей жизни трудные ситуации?

Вспомни самую сложную ситуацию из своей жизни.

Какие мысли были в этот момент?

Насколько тяжелая ситуация могла спровоцировать мысли о сведении счетов с собой?

Как ты с ней справлялся?

Какие качества, какие ресурсы помогли справиться с трудными обстоятельствами?

Как могут эти ресурсы стать опорой в других сложных обстоятельствах?

Давай продемонстрируем вместе, как твои сильные стороны могут тебе помочь в разных трудных ситуациях

Так, в ходе консультативной работы можно по ответам прояснить риск СП и помочь подростку осознать собственные сильные качества, ресурсы, которые могут стать опорой в трудных жизненных обстоятельствах. Основным ресурсом могут стать антисуицидальные мотивы, определенные в ходе диагностики.

В том случае, когда в консультации подростки достаточно спокойно и открыто говорят о трудных жизненных ситуациях, отрицая мысли о суициде, осознают свои сильные стороны, могут смоделировать применение собственных ресурсов в сложных обстоятельствах, можно заключить, что риск развития СП незначителен. В таком случае рекомендуется наблюдать за эмоциональным состоянием подростка и оказывать ему психологическую поддержку в сложных ситуациях.

В том случае, если в ходе консультации встречались подтверждения нестабильности эмоционального состояния, наличия суицидальных мыслей, намерений и плана деятельности, отрицания собственных ресурсов, подростку рекомендуется получение психологической помощи, в том числе и психотерапевтической. Консультирование строилось на принципах метода профилактической беседы. Подробный алгоритм проведения профилактической беседы представлен ниже.

Характерной особенностью проведения консультативной работы в рамках проекта «#Быть» выступила первоначальная несговорчивость и первичный отказ от ин-

дивидуальной консультативной работы, недоверие к психологу. Однако в ходе работы с психологом мнение подростка о консультировании и его эффективности в преодолении трудных жизненных ситуаций менялось. По окончании консультации слышали слова благодарности, важности и необходимости подобной помощи.

Подобная реакция недоверия и неготовности выйти на работу с психологом была обнаружена и со стороны родителей подростков, имеющих средний и высокий риск СП. Характерной особенностью сбора данных о семьях таких подростков явилось искаженное функционирование семьи (случаи разводов, насилия, алкоголизации, частые конфликты и др.), что могло явиться предиктором формирования суицидального поведения подростков. Зачастую эти семьи проживают в сельской местности и родители отдалены от детей.

Таким образом, по итогам реализации консультативной работы с подростками, имеющими средний и высокий уровень риска СП, можно утверждать о ее чрезвычайной важности для подростков из сельской местности, не имеющих опыта получения психологической помощи и остро нуждающихся в эмоциональной поддержке.

Профилактика суицидального поведения в тренинговой работе

Следующим этапом психопрофилактической работы выступила тренинговая работа в малых группах, направленная на проработку отдельных причин СП и обсуждения трудных жизненных ситуаций в группе подростков со сходными проблемами и проявлениями СП из разных районов Кировской области. Задача организаторов – обеспечить конфиденциальность работы подростка по профилактике суицидального поведения и в то же время показать подростку, что он не одинок и у многих имеются сходные проблемы. Тренинговая работа организовывалась в режиме онлайн и оффлайн – в зависимости от набора группы и эпидемиологической ситуации в регионе.

На площадке ВятГУ были разработаны тренинговые занятия разной направленности: тренинг преодоления трудных жизненных ситуаций и тренинг ресурсных состояний.

Каждый из тренингов включает в себя серию занятий и составлен как «психологический конструктор»: занятия в тренинге можно проводить циклом, а можно выборочно, ориентируясь на запрос подростка.

В ходе установочной встречи подросткам предлагалось выбрать определенный вид тренингов.

При наличии риска СП подросткам рекомендовалось стать участником тренинга преодоления трудных жизненных ситуаций, направленного на устранение через проработку наиболее распространенных причин подросткового суицида.

Тренинг был разработан М. Б. Колеватовым и представлен в схематизированном виде в приложении 8.

Тренинг содержит в себе ряд занятий, на которых происходит информирование подростков о феномене суицида; коррекция навыков социального взаимодействия; развитие сфер мотивации и целеполагания как ресурсных для подростка; развитие умения разрешать трудные жизненные ситуации; развитие навыков эмоциональной регуляции; коррекция отношения к собственной личности; формирование позитивного отношения к жизни.

В тренинговую группу включались «холодные» участники, т. е. подростки, незнакомые ранее. Группа была малочисленной (5–7 человек) для более детальной и глубокой работы во избежание невнимания к личности подростка. Данные условия формирования тренинговой группы позволили избежать страха порицания и откровенного обсуждения проблематики причин суицидов.

Для повышения эффективности воздействия на поведение подростка с риском СП целесообразно проводить данный тренинг в виде серии занятий с погружением в тематику. В отдельных случаях возможно брать отдельную тему занятия, проводить тематическое занятие и дорабатывать тематическое занятие до серии, чтоб у подростка была возможность проработать имеющиеся психотравмы.

Другим вариантом тренинговой работы выступил тренинг ресурсных состояний, направленный на обучение и отработку психотехнологий актуализации ресурсных состояний, необходимых для преодоления трудных жизненных ситуаций.

Данный тренинг может проводиться в любой учебной группе или классе и затрагивает аспекты СП по касательной: как одного из видов трудных жизненных ситуаций, в которые может попасть каждый человек, и в которых актуализация ресурсного состояния необходима. Тренинг ресурсных состояний применяется как универсальный способ профилактики СП через повышение жизнестойкости как личностного ресурса.

Пример тренингового занятия по повышению ресурсов жизнестойкости в разработке А. А. Максимовой представлен в приложении 9.

В программе тренинга ресурсных состояний также несколько занятий, составленных по принципу «психологического конструктора». Каждое из занятий посвящено обучению актуализации отдельных ресурсных состояний: эффективной коммуникации, целеполаганию, мотивации, вовлеченности, осознанности, эмоциональной устойчивости и т. д.

Данный тренинг может проводиться как непрерывной серией занятий, так и каждое занятие может проводиться отдельно и дорабатываться до целой серии в целях получения устойчивого результата.

Тренинги со школьниками проводились студентами-психологами выпускного курса при кураторстве преподавателя. Это позволило быстро найти контакт с подростками и установить доверительное взаимодействие.

Исходя из представленных материалов можно заключить, что профилактика СП может проводиться в тренинговой форме. Формат непосредственного живого общения и взаимодействия позволяет достичь высокой эффективности профилактических мероприятий и разделить этот эффект сразу с несколькими участниками. Общение участников друг с другом позволяет делиться опытом не только собственных печальных историй, но и опытом преодоления трудных жизненных ситуаций, актуализации ресурсов, собственной мотивацией к жизни. Все это позволяет изменить отношение к жизни у подростков и наделить ее позитивным отношением, обсудить и нивелировать самоубийство как выход из ситуации, найти способы преодоления трудностей, найти самого себя. Отсюда, можно утверждать, что тренинг — действенный и актуальный в подростковом возрасте способ профилактики СП.

Таким образом, технология работы по профилактике суицидального поведения среди подростков в возрасте от 12 до 17 строится на следующих принципах. Отправной точкой реализации технологии является тотальная диагностика учеников школ и средне профессиональных учебных заведений по выявлению риска СП. Дальнейшая работа проводится адресно и включает в себя ряд этапов-модулей, имеющих гибкое вариативное содержание. Акцент смещен в сторону работы непосредственно с подростками и направлен на повышение собственных ресурсов по преодолению сложных жизненных ситуаций и кризисных переживаний, что позволяет помочь подростку осознать особенности своего поведения, обучить его поиску выхода из трудных жизненных ситуаций, помочь в преодолении кризисных переживаний и актуализировать ресурсы для дальнейшего развития.

Заключение

Профилактика суицидального поведения в подростковой среде является одним из актуальных вызовов современного мира. Современные подростки в силу психологических особенностей развития, культуры, воспитания и обучения зачастую оказываются дезадаптированы, и в условиях отсутствия навыков самостоятельного выхода из трудных жизненных ситуаций переживают безысходность, толкающую к суициду.

В учебном пособии приведен пример реально действующей системы профилактики, сложившейся в 2020–2021 году в Кировской области и позволяющей курировать подростков группы риска, гибко дозируя меру и глубину оказания адресной психологической поддержки для подростков группы риска.

В ходе создания учебного пособия были решены следующие задачи:

1. На основе теоретического анализа и имеющегося предыдущего опыта исследований описано суицидальное поведение подростка, а также тенденции и разработки в области его профилактики.
2. Приведены возможности диагностики СП в подростковом возрасте.
3. Описана технология оказания психологической помощи подростку с разными уровнями суицидального риска.
4. Показаны направления и формы профилактической работы с подростками на разных уровнях социального окружения.
5. Приведен пример реального опыта работы университета как научной площадки, создающей и организующей социально значимую работу с населением группы риска.

Учебное пособие систематизирует накопленный объем знаний и практических наработок в области проблемы профилактики суицидального поведения и отвечает на многочисленные запросы педагогов, школьных психологов, преподавателей и студентов, формируя целостное представление о психологической работе в случае проявления у подростков суицидального поведения.

Список использованных источников

1. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014.
2. Амбрумова, А.Г., Бородин, С.В., Михлин, А.С. Предупреждение самоубийств. – М., 1980.
3. Амбрумова, А. Г. Профилактика суицидального поведения [Текст]: Методические рекомендации – М., 1995
4. Банников Г.С., Павлова Т.С., Федунина Н.Ю., Вихристюк О.В., Гаязова Л.А., Баженова М.Д. Раннее выявление потенциальных и актуальных факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних. Суицидология. 2018. 9 (2). С. 82-91.
5. Банников, Г. С. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? [Текст] / Г. С. Банников, И. Б. Бовина, Л. А. Гаязова, Л. В. Миллеер / под ред О. В. Вихристюк – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – 77 с.
6. Бек, Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. – М.: ООО «И.Д.Вильямс», 2018. – 400 с.
7. Вихристюк, О. В. Оказание кризисной психологической помощи по Телефону доверия подросткам с суицидальными намерениями [Электронный ресурс] / О. В. Вихристюк // Электронный журнал Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2013. – №4. – С. 1-12 URL: https://psyjournals.ru/files/65713/04_%D0%92%D0%B8%D1%85%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8E%D0%BA_psyedu_4-2013.pdf
8. Войцех, В. Противостоять и предотвратить [Текст]: Родителям о том, как избежать добровольного ухода детей из жизни / В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич – М., 2000. – 26 с.
9. Вопросы диагностики и профилактики суицидального поведения детей и подростков [Текст]: Методические рекомендации для врачей общесоматической сети, школьных психологов / Сост. Ворсина О.П, Дианова С.В., Чернигова Е.П. – Иркутск, 2015. – 123 с.

10. Детский и подростковый суицид // URL: <https://fcprc.ru/value-of-life/detskij-i-podrostkovyj-suitsid/>
11. Исаев, Д. С. Психология суицидального поведения [Текст]: Методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология» / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнев – Самара, 2000. – 72 с.
12. Карауш И.С., Куприянова И.Е., Кузнецова А.А. Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков. Суицидология. 2020. 11 (1). С. 117-129. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-117-129](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-117-129).
13. Крайг, Г. Психология развития [Электронный ресурс] / Г. Крайг, Д. Бокум / Под ред. Т. В. Прохоренко – 9-е изд. – СПб.: Питер, 2005 – 940 с. URL: <https://www.klex.ru/1xh>
14. Красковский, Я. Э. Особенности вовлечения подростков в игры смерти в сети Интернет: уголовно-правовой и криминологический аспекты / Я. Э. Красковский, А. И. Канунник // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2019. – № 1 (49). – С. 30–37. – DOI 10.21685/2072-3016-2019-1-4.
15. Личко, А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков [Текст] / А. Е. Личко – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.
16. Личность и ее свойства: практикум: учеб.-метод. пособие / С.Д. Некрасов, З.И. Рябикина, Г.Г. Танасов. – Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2017. – 109 с.
17. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II. Суицидология. 2018. № 9 (2). С. 16-30.
18. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I. Суицидология. 2018. № 9 (1). С. 23-35.
19. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть I. Суицидология. 2020. № 11 (3). С. 44-71. [doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03\(40\)-44-71](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-44-71).
20. Максименкова, Л. И. Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков, находящихся в кризисной ситуации [Текст]: учебно-методическое пособие / Л. И. Максименкова. – Псков: ПГУ, 2013 – 400 с.

21. Маланчук И.Г., Пальчик Н.Б., Юрков Д.В., Табацкая М.И. Превенция развития суицидальных рисков у подростков: модель деятельности психолога образования: методическое пособие. Красноярск, 2017. – 36 с.
http://www.krskstate.ru/dat/bin/art/42816_prevenciy_suicidalxnih_riskov.pdf
22. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения учащихся образовательных организаций: сборник материалов / авторы-сост. 2-ого издания: О.О. Олифер, М.Ю. Бондарева, Садовская Т.А, Сунцова А.А., Беляк Н.В. – Хабаровск: КГБОУ «Краевой центр психолого-медико-социального сопровождения», 2015. – 168 с.
23. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: Учебник для студ. вузов. - 4-е изд., стереотип. - М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 456 с.
24. Определение эмоционального состояния и личностных особенностей у подростков для профилактики суицидального поведения
<http://sayzyral.org.ru/docs/oes.pdf>
25. Основы диагностики и профилактики суицидального поведения у подростков: методические материалы обучающего семинара для специалистов, работающих с подростками (14-15 октября 2020 года, г.Киров) / Составители: А.Н. Михайлов, А.В. Горбушина, Е.В. Матвеева, А.С. Власов. – Киров, 2020. – 64 с.
26. Полотовская, И. Л. Смерть и самоубийство [Текст]: Россия и мир / И. Л. Полотовская – СПб., 2010. – 328 с.
27. Попов, Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков [Электронный ресурс] / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 4. С. 4-8.
URL: <http://www.medpsy.ru/library/library120.php>
28. Профилактика суицидального поведения среди детей, подростков и юношества (для родителей, педагогов). Методические рекомендации/ Сост. Тарасова Н.Н. – Петрозаводск: ГОУ РК «Центр диагностики и консультирования», 2010 - 18 с.

29. Рекомендации для родителей (законных представителей) обучающихся общеобразовательных учреждений Санкт-Петербурга с целью защиты детей и подростков от преступных посягательств, совершаемых в сети интернет http://2spbgru/documents/actions/safety/internet_appo.pdf

30. Чистопольская К.А., Rogers M.L., Cao E., Галынкер И., Richards J., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Садовнича В.С., Дровосеков С.Э. Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. Суицидология. 2020. № 11 (4). С. 76-90. doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-76-90.

31. Шелехов, И. Л. Суицидология [Текст]: учебное пособие / И. Л. Шелехов, Т. В. Каштанова, А. Н. Корнетов, Е. С. Толстолес – Томск: СГМУ, 2011. – 203 с.

32. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.

Приложения

Приложение 1

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Можно утверждать, что суицидальное поведение, т.е. весь комплекс мыслей, намерений и действий, которые связаны с суицидом, есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Ситуация конфликта приводит к суицидальным действиям при наличии трех факторов: социокультурных особенностей воспитания; неблагоприятного социального окружения; совокупности индивидуальных особенностей личности, таких как личностная тревожность, фрустрация, негативное восприятие окружающего, отсутствие осознанного стремления к жизни.

Под социокультурными особенностями воспитания подразумевается культура той страны, в которой вырос подросток, ее обычаи, традиции, законы, религия, уровень экономического развития. Все эти условия воздействуют на личность подростка и во многом определяют его представления о жизни и смерти.

Наличие неблагоприятного социального окружения – обычно основная причина, побуждающая подростка к совершению суицидальной попытки. Именно в ближайшем окружении он может найти или потерять опору, поддерживающую его в жизни. Анализ причин подросткового суицида с этой точки зрения позволил сгруппировать их вокруг трех основных факторов:

1. Взаимоотношения с родителями зависят от степени понимания ими своих детей, сопереживания, нормативных отношений;
2. Проблемы в школе связаны с личностью учителя (авторитарной, попустительской и сотрудничающей), социометрическим статусом подростка в классе (лидер, изгой и т.д.) и личностным отношением к успеваемости, фактора жизненных перспектив;
3. Взаимоотношения со сверстниками – общение с друзьями (наличие близкого друга, принадлежность к неформальному объединению), межполовое общение (любовь, конфликты с противоположным полом).

Анализ вариантов суицидального поведения позволяет сделать вывод, что подростки, совершающие попытку самоубийства, имеют личностные особенности, располагающие в определенных ситуациях к подобному типу поведения. Поэтому в психологии важно разработать пакет диагностических методик, позволяющих на ранних стадиях обнаружить развитие кризиса и оказать необходимую психотерапевтическую помощь.

Преимущество представленных методик состоит в простоте проведения и минимальных затратах времени при обработке результатов, и при этом позволяют достаточно точно выявить индивидуальные особенности, располагающие к суицидальному поведению.

Методики рассчитаны на возраст 15 – 18 лет.

Выбор пакета методик обусловлен тем, что такие психологические особенности, как личностная тревожность, фрустрация, агрессия, ригидность, а также негативное восприятие окружающего и отсутствие осознанного стремления к жизни влияют на способ реагирования подростка в неблагоприятной ситуации.

Пакет диагностических методик включает в себя:

1. Опросник Г.Айзенка «Самооценка психических состояний личности», адаптированный к подростковому возрасту;
2. Методика исследования склонности к виктимному поведению в редакции Андронниковой О.О.;
3. Опросник суицидального риска;
4. Метод «Незаконченные предложения».

ОПИСАНИЕ МЕТОДИК

1. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности», адаптированный Н.В.Перешенной и М.Н.Заостровцевой к подростковому возрасту включает описание различных психических состояний, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть. Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

Каждому испытуемому предлагается опросник из 40 предложений.

ИНСТРУКЦИЯ. Внимательно прочитайте приведенные ниже утверждения. Напротив каждого утверждения стоят три цифры: 2, 1, 0. Если утверждение вам подходит, то обведите кружком цифру 2, если не совсем подходит – цифру 1, если не подходит – 0. Не нужно долго размышлять над каждым вопросом, старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки ближе к истине. Вас не должно смущать, что некоторые из вопросов кажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, Вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению. Не делайте никаких пометок в тексте инструкции.

Текст опросника:

Вопросы анкеты	Подходит	Не совсем	Не подходит
1. Часто я не уверен в своих силах	2	1	0
2. Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход	2	1	0
3. Я часто оставляю за собой последнее слово	2	1	0
4. Мне трудно менять свои привычки	2	1	0
5. Я часто из-за пустяков краснею	2	1	0
6. Неприятности меня сильно расстраивают и я падаю духом	2	1	0
7. Нередко в разговоре я перебиваю собеседника.	2	1	0
8. Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2	1	0
9. Я часто просыпаюсь ночью	2	1	0
10. При крупных неприятностях я виню только себя.	2	1	0
11. Меня легко рассердить	2	1	0
12. Я очень осторожен по отношению к переменам в своей жизни	2	1	0
13. Я легко впадаю в уныние	2	1	0
14. несчастья и неудачи меня ничему не учат	2	1	0
15. Мне приходится часто делать замечания другим	2	1	0
16. В споре меня трудно переубедить	2	1	0

17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2	1	0
18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2	1	0
19. Я хочу быть авторитетом для окружающих	2	1	0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться	2	1	0
21. Меня пугают трудности, с которыми мне придется встретиться в жизни	2	1	0
22. Нередко я чувствую себя беззащитным	2	1	0
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, а хочу добиться максимального успеха	2	1	0
24. Я легко сближаюсь с людьми	2	1	0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках	2	1	0
26. Иногда у меня бывают состояния отчаяния	2	1	0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь	2	1	0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется	2	1	0
29. меня легко убедить	2	1	0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности	2	1	0
31. Я предпочитаю руководить, а не подчиняться	2	1	0
32. Нередко я проявляю упрямство	2	1	0
33. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски	2	1	0
34. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу чтобы меня пожалели.	2	1	0
35. У меня резкая, грубоватая жестикуляция	2	1	0
36. Я неохотно иду на риск	2	1	0
37. Я с трудом переношу время ожидания	2	1	0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки	2	1	0
39. Я мстителен	2	1	0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов.	2	1	0

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ.

Ключ:

1. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.
2. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.
3. Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
4. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов «1» и «2», совпадающих с ключом. Ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по каждой шкале – «8 - 14». Превышение его свидетельствует о преобладании исследуемого качества в структуре личности.

Характеристики, которые исследуются в опроснике, имеют следующие определения:

- *личностная тревожность* - склонность индивида к переживанию тревоги, порогом возникновения реакции тревоги;

- *фрустрация* - психическое состояние характеризующаяся низким, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели;
- *агрессия* – повышенная психологическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям;
- *ригидность* – затрудненность в изменении намеченной субъектом деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Наиболее информативными показателями риска можно считать личностную тревожность и фрустрацию, но надо заметить, что лишь на основании этого теста нельзя сделать достоверные выводы о наличии риска совершения суицида.

2. Методика исследования склонности к виктимному поведению в редакции Андронниковой О.О. является стандартизированным тестом-опросником, предназначенным для измерения предрасположенности личности к виктимному поведению. Виктимное поведение - это такое поведение, в результате особенностей которого повышается вероятность превращения лица в жертву преступления, обстоятельств или несчастного случая.

Объектом приложения методики являются социальные и личностные установки.

Тест-опросник представляет набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение предрасположенности к реализации отдельных форм виктимного поведения.

Предназначен для обследования лиц старшего подросткового и юношеского возраста.

Опросник может быть использован как самостоятельная психодиагностическая методика, так и в комплексе с другими методиками, направленными на изучение личности подростка.

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается ряд утверждений, каждое касается особенностей Вашего характера, Вашей личности, Вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядов на жизнь и т.п. Если Вы считаете, что утверждение верно по отношению к Вам, то дайте ответ «Да», в противном случае – «Нет». Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у Вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и виду Вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Не существует «верных» и «неверных» ответов, так как каждый прав по отношению к своим собственным взглядам. Постарайтесь отвечать точно и правдиво.

Не нужно долго размышлять над каждым вопросом, старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки ближе к истине. Вас не должно смущать, что некоторые из вопросов кажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, Вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению. Не делайте никаких пометок в тексте инструкции.

Текст опросника:

1. Я считаю, что в моей жизни неприятных событий происходит больше, чем у других.
2. Если я попадаю в неприятное положение, то мне лучше всего не сопротивляться и держать язык за зубами.
3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.
4. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.
5. Даже если бы за опасную работу хорошо заплатили, я не взялся бы за ее выполнение.
6. Если меня обидели, то я обязательно должен отплатить за это.
7. Если бы другие люди не мешали мне, я добился бы гораздо большего.
8. У меня никогда не было неприятностей из-за моего поведения, связанного с половой жизнью.
9. Временами мне хочется ломать вещи, бить посуду.
10. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели или даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т.к. не мог включиться в работу.
11. Я не всегда говорю правду.
12. В более раннем возрасте меня выгоняли из школы за плохое поведение.
13. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
14. Временами я так настаиваю на своем, что окружающие теряют терпение.
15. Другие мне кажутся счастливее меня.
16. Думаю, что многие люди преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
17. Думаю, мне понравилась бы работа, связанная с защитой слабых и обездоленных.
18. Меня трудно переубедить.
19. Мне приходится так много заботиться о близких людях, что на заботу о себе времени зачастую не хватает.
20. Я навряд ли добьюсь в своей жизни чего-то действительно стоящего.
21. Мне регулярно делают больно окружающие меня люди.
22. Я не сержусь, когда надо мной посмеиваются.
23. Я считаю, что большинство людей способно солгать, если это в их интересах.
24. Я редко совершаю поступки, о которых потом сожалею (больше и чаще, чем другие).
25. Я очень редко ссорюсь с членами моей семьи.
26. Я не могу отбросить некоторые условности даже ради получения удовольствия.
27. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.
28. Большую часть времени я чувствую себя счастливым.
29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы.
30. Если кто-то нарушает правила, я возмущаюсь.
31. Я никогда не шел на опасное дело ради сильных впечатлений.
32. Я получаю больше удовольствия от игры или скачек, если не держу пари.
33. В школе меня никогда не вызывали к директору за озорство.
34. Мои манеры за столом в гостях более хороши, чем у себя дома.
35. Я считаю, что большинство людей ради выгоды скорее поступят нечестно, чем упустят случай.
36. Мое поведение в значительной мере определяется правилами и привычками окружающих меня людей.
37. Я предпочитаю решение конфликтов без применения силы.
38. Я бываю возмущен и раздражен, когда приходится признать, что меня умело провели.
39. Мне безразлично, что обо мне говорят другие.
40. Если бы в наше время проводились бои гладиаторов, то я бы непременно в них поучаствовал.
41. Я умею отказывать людям, которые просят меня об одолжении.
42. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
43. Я не могу прекратить ситуацию, даже если чувствую себя неловко и напряженно.
44. Терпеть боль всем назло бывает даже приятно.
45. Человек должен иметь право выпить столько, сколько захочет.
46. Если я в детстве нехорошо вел себя, то меня наказывали.
47. Я мог бы выполнять работу, связанную с уходом за больными или умирающими.

48. Я всегда сразу замечаю, если ситуация становится опасной.
49. Я наметил себе жизненную программу, основанную на чувстве долга и ответственности, и стараюсь ее выполнять.
50. Иногда я не уступаю людям не потому, что дело действительно важное, а просто из принципа.
51. Верно утверждение, что если детей не бить, то толку из них не получится.
52. Мои родители никогда не наказывали меня физически.
53. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.
54. Меня чаще, чем других, обзывали в школе.
55. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
56. Когда я попадаю в неприятную ситуацию, то надеюсь только на свои силы.
57. Я уверен, что того, кто совершает злые поступки, в будущем ожидает кара.
58. Я могу дружелюбно относиться к людям, поступки которых я не одобряю.
59. Я готов простить грубость моему партнеру, если у меня есть надежда, что это не повторится.
60. Безопаснее никому не доверять.
61. Бывает, что я провожу вечер в компании малознакомых мне людей.
62. Я регулярно попадаю в неприятные ситуации.
63. Иногда у меня такое настроение, что я готов первым начать драку.
64. Я иногда нарушаю закон или установленные правила.
65. Я не рискнул бы прыгать с парашютом.
66. Большинству людей не нравится поступаться своими интересами ради других.
67. Я легко теряю терпение.
68. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
69. Меня очень трудно разозлить.
70. Люди часто разочаровывают меня.
71. У меня бывает такое чувство, что трудностей слишком много и нет смысла пытаться их преодолеть.
72. Меня трудно рассердить.
73. Вполне можно обойти закон, если вы этим его по существу не преступаете.
74. Я пью алкогольные напитки умеренно (или совсем не пью).
75. Я часто встречал людей, завидовавших моим идеям только потому, что они пришли в голову не им первым.
76. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.
77. Мне больше нравится работать с руководителем, дающим строгие четкие указания, чем с руководителем, предоставляющим большую свободу.
78. Если кто-то затевает интересное, пусть и опасное дело, я его поддерживаю.
79. Я редко даю сдачу, когда меня бьют.
80. Если по отношению ко мне кто-то поступает несправедливо, то я желаю ему настоящего наказания.
81. Я верю, что за зло можно отплатить добром, и действую в соответствии с этим.
82. Каждый ребенок знает, что добро должно быть с кулаками.
83. Я предпочитаю не общаться со сверстниками, так как они обижают меня.
84. Я никогда не вступаю в уличный конфликт, чтобы заступиться за того, кого обижают.
85. Вредное воздействие алкоголя и табака на человека сильно преувеличивают.
86. Собака, которая не слушается, заслуживает, чтобы ее ударили.

Ключи для подсчета первичных баллов:

1. Шкала социальной желательности ответов.

5 (да), 11 (нет), 13 (нет), 25 (да), 34 (нет), 39 (нет), 58 (да), 64 (нет), 76 (нет).

2. Шкала склонности к агрессивному виктимному поведению (агрессивный тип потерпевшего).

6 (да), 9 (да), 14 (да), 25 (нет), 26 (нет), 29 (да), 33 (нет), 34 (нет), 37 (нет), 45 (да), 50 (да), 51 (да), 55 (нет), 57 (нет), 58 (нет), 60 (да), 63 (да), 67 (да), 69 (нет), 72 (нет), 73 (да), 74 (нет), 79 (нет), 80 (да), 81 (нет), 82 (да), 86 (да).

3. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушительному поведению (активный тип потерпевшего).

3 (да), 4 (нет), 5 (нет), 13 (да), 23 (да), 24 (нет), 26 (нет), 27 (да), 28 (нет), 31 (нет), 32 (да), 33 (нет), 35 (да), 40 (да), 53 (нет), 62 (да), 65 (нет), 68 (да), 74 (нет), 76 (да), 78 (да).

4. Шкала склонности к гиперсоциальному поведению (инициативный тип потерпевшего).

11 (нет), 13 (нет), 17 (да), 19 (да), 30 (да), 34 (нет), 39 (нет), 47 (да), 49 (да), 55 (да), 58 (да), 64 (да), 66 (нет), 84 (нет).

5. Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению (пассивный тип потерпевшего).

1 (да), 2 (да), 5 (да), 16 (да), 18 (нет), 20 (да), 21 (да), 22 (нет), 36 (да), 41 (нет), 43 (да), 44 (да), 46 (да), 54 (да), 59 (да), 71 (да), 75 (да), 77 (да), 83 (да).

6. Шкала склонности к некритичному поведению (некритичный тип потерпевшего).

8 (нет), 9 (да), 10 (да), 15 (да), 16 (да), 31 (нет), 32 (да), 33 (нет), 38 (да), 40 (да), 42 (нет), 45 (да), 48 (нет), 56 (да), 61 (да), 65 (нет), 70 (да), 74 (нет), 85 (да).

7. Шкала реализованной виктимности.

8 (нет), 19 (да), 25 (нет), 27 (да), 28 (нет), 33 (нет), 38 (да), 43 (да), 44 (да), 46 (да), 51 (да), 52 (нет), 54 (да), 59 (да), 62 (да), 74 (нет), 76 (да), 83 (да).

Обработка результатов

Первая процедура касается получения первичных, или «сырых», оценок. Для ее осуществления подсчитывается количество отметок (крестиков), совпавших с «окнами» шаблона. Полученные значения заносятся в столбец первичных оценок протокола занятия. Вторая процедура связана с переводом первичных оценок в стандартные оценки (для исследуемых 15–16 лет) с помощью таблицы. Рассмотрим процедуру перевода сырых баллов в стены на примере Шкалы социальной желательности ответов. Если по этой шкале испытуемый набрал 1 балл, то это соответствует стене 1. Если набрал 2 балла, – то стену 2. Если набрал от 7 до 9 сырых баллов, – то значение стена будет равно 10. Такая же процедура проводится и для всех других шкал.

		Показатели в сырых баллах									
1.	Социальная желательность ответов	1	2	-	3	4	-	5	6	-	7-9
2.	Агрессивное поведение	1-5	6-7	8	9-10	11-12	13-14	15-16	17	18-19	20-27
3.	Склонность к самоповреждающему и саморазрушительному поведению	1-5	6	7	8	9	10	11	12	13	14-22

4.	Склонность к гиперсоциальному поведению	1-2	3	4	5	6	7	-	8	9	10-11
5.	Склонность к зависимому и беспомощному поведению	1-3	4-5	6	7	8-9	10-11	12	13	14	15-19
6.	Склонность к некритичному поведению	1-4	5	6-7	8	9	10-11	112	13	14-15	16-19
7.	Реализованная виктимность	1-4	5	6-7	8	9	10-11	112	13	14-15	16-18
		Номер стены									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Ниже нормы			Норма				Выше нормы		

Следует обратить особое внимание на оценку по шкале 1, имеющую значение для общей характеристики достоверности ответов. Столь же важен результат по шкале 7, отражающей реализованность виктимного поведения. От результатов по этой шкале будет зависеть уровень присутствия данного вида поведенческих реакций.

После подсчета стандартных баллов по таблице необходимо нарисовать профиль виктимного поведения личности. Для этого нужно указать полученный результат на схеме и закрасить отмеченные секторы на круговой диаграмме:



Интерпретация полученных результатов, психологическое заключение и рекомендации должны быть даны на основе понимания сути вопросов в каждой шкале, изучения глубинных связей исследуемых факторов между собой и с другими психологическими и психофизиологическими характеристиками и их роли в поведении и деятельности человека.

Интерпретация результатов

Шкала реализованной виктимности (седьмая шкала)

Если показатели по данной шкале ниже нормы (1–3 стень), очевидно, что испытуемый нечасто попадает в критические ситуации либо у него уже успел выработаться защитный способ поведения, позволяющий избегать опасных ситуаций. Однако внутренняя готовность к виктимному способу поведения присутствует. Скорее всего, ощущая внутренний уровень напряжения, испытуемый стремится вообще избегать ситуации конфликта.

Показатели выше нормы (8–9 стень) – это означает, что испытуемый достаточно часто попадает в неприятные или даже опасные для здоровья и жизни ситуации. Причиной этого является внутренняя предрасположенность и готовность личности действовать определенными, ведущими в индивидуальном профиле способами. Чаще всего это – стремление к агрессивному, необдуманному действию спонтанного характера.

Шкала склонности к агрессивному виктимному поведению. Модель агрессивного виктимного поведения

Выше нормы (8 – 10 стень). К данной группе относятся испытуемые, склонные попадать в неприятные и опасные для жизни и здоровья ситуации в результате проявленной агрессии в форме нападения или иного провоцирующего поведения (оскорбление, клевета, издевательство и т. д.). Для них характерно намеренное создание или провоцирование конфликтной ситуации. Их поведение может быть реализацией типичной для них антиобщественной направленности личности, в рамках которой агрессивность проявляется по отношению к определенным лицам и в определенных ситуациях (избирательно), но может быть и «размытой», неперсонифицированной по объекту. Наблюдается склонность к антиобщественному поведению, нарушению социальных норм, правил и этических ценностей, которыми зачастую субъект пренебрегает. Такие люди легко поддаются эмоциям, особенно негативного характера, ярко их выражают, доминантны, нетерпеливы, вспыльчивы. При всех различиях в мотивации поведения характерно наличие насильственной антиобщественной установки личности.

С учетом мотивационной и поведенческой характеристик могут быть представлены такие типы (или подтипы), как корыстный, сексуальный (половая распущенность), связанный с бытовыми конфликтами (скандалист, семейный деспот), алкоголик, негативный мститель, лицо психически больное и т. д.

Ниже нормы (1–3 стень). Для лиц данного типа характерно снижение мотивации достижения, спонтанности. Возможна высокая обидчивость. Хороший самоконтроль, стремление придерживаться принятых норм и правил. Стабильность в сохранении установок, интересов и целей.

Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушительному поведению. Модель активного виктимного поведения

Выше нормы (8 – 10 стень). Жертвенность, связанная с активным поведением человека, провоцирующим ситуацию виктимности своей просьбой или обращением. По

существу для активных потерпевших характерно поведение двух видов: провоцирующее, если для причинения вреда привлекается другое лицо, и самопричиняющее, которые характеризуются склонностью к риску, необдуманному поведению, зачастую опасному для самого человека и окружающих. Они могут не осознавать последствий своих действий или не придавать им значения, надеясь, что все обойдется. С учетом специфики поведения и отношения к виктимным последствиям в рамках этого типа представлены: сознательный подстрекатель (обращающийся с просьбой о причинении ему вреда), неосторожный подстрекатель (поведение объективно в форме какой-либо просьбы или иным способом провоцирует преступника на причинение вреда, но сам потерпевший этого в должной мере не сознает), сознательный самопричинитель (лицо, умышленно причиняющее себе физический или имущественный вред), неосторожный самопричинитель (вред причинен собственными неосторожными действиями в процессе совершения иного умышленного или неосторожного преступления).

Ниже нормы (1–3 стен). Повышенная забота о собственной безопасности, стремление оградить себя от ошибок, неприятностей. Может приводить к пассивности личности по принципу «лучше ничего не делать, чем ошибаться». Характеризуется повышенной тревожностью, мнительностью, подвержен страхам.

Шкала склонности к гиперсоциальному виктимному поведению. Модель инициативного виктимного поведения

Выше нормы (8 – 10 стен). Жертвенное поведение, социально одобряемое и зачастую ожидаемое. Это люди, положительное поведение которых навлекает преступные действия агрессора. Человек, который демонстрирует положительное поведение в ситуациях конфликта либо постоянно, либо в результате должностного положения, ожидания окружающих. Люди данного типа считают недопустимым уклонение от вмешательства в конфликт, даже если это может стоить им здоровья или жизни. Последствия таких поступков осознаются не всегда. Смел, решителен, отзывчив, принципиален, искренен, добр, требователен, готов рисковать, может быть излишне самонадеян. Нетерпим к поведению, нарушающему общественный порядок. Самооценка чаще всего завышенная. Поведение имеет положительные мотивы.

Ниже нормы (1–3 стен) – характеризуется пассивностью, равнодушием к тем явлениям, которые происходят вокруг. Действует по принципу «моя хата с краю», что может быть последствием как обиды на внешний мир, так и ощущения непонимания, изолированности от мира, отсутствия чувства социальной поддержки и включенности в социум.

Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению (модель пассивного виктимного поведения)

Выше нормы (8 – 10 стен) – лица, не оказывающие сопротивления, противодействия преступнику по различным причинам: в силу возраста, физической слабости, беспомощного состояния (стабильного или временного), трусости, из опасения ответственности за собственные противоправные или аморальные действия и т. д. Могут иметь установку на беспомощность. Нежелание делать что-то самому, без помощи других. Могут иметь низкую самооценку. Постоянно вовлекаются в кризисные ситуации с целью

получения сочувствия и поддержки окружающих. Находятся в ролевой позиции жертвы. Такой человек робок, скромен, сильно внушаем, конформен. Возможен также вариант усвоенной беспомощности в результате неоднократного попадания в ситуации насилия. Склонен к зависимому поведению, уступчив, оправдывает чужую агрессию, склонен всех прощать.

Ниже нормы (1–3 стенов) – склонность к независимости, обособленности. Всегда стремится выделиться из группы сверстников, имеет на все свою точку зрения, может быть непримирим к мнению других, авторитарен, конфликтен. Повышенный скептицизм. Возможна внутренняя ранимость, приводящая к повышенному желанию обособиться от окружающих.

Шкала склонности к некритичному поведению. Модель некритичного виктимного поведения

Выше нормы (8 – 10 стенов). К данной группе относятся лица, демонстрирующие неосмотрительность, неумение правильно оценивать жизненные ситуации. Некритичность может проявиться как на базе негативных личностных черт (алчность, корыстолюбие и др.), так и положительных (щедрость, доброта, отзывчивость, смелость и др.), а кроме того, в силу невысокого интеллектуального уровня. Эти лица демонстрируют неосторожность, неосмотрительность, неумение правильно оценивать жизненные ситуации в результате каких-либо личностных или ситуативных факторов: эмоциональное состояние, возраст, уровень интеллекта, заболевание.

Личность некритичного типа обнаруживает склонность к спиртному, неразборчивость в знакомствах, доверчивость, легкомысленность. Имеет непрочные нравственные устои, что усиливается отсутствием личного опыта или его недоучет. Склонны к идеализации людей, оправданию негативного поведения других, не замечают опасности.

Ниже нормы (1–3 стенов) – вдумчивость, осторожность, стремление предугадывать возможные последствия своих поступков, которые иногда приводят к пассивности, страхам. Самореализация в этом случае значительно затруднена, может появляться социальная пассивность, приводящая к неудовлетворенности своими достижениями, к чувству досады, зависти.

3. Опросник суицидального риска. Цель измерения суицидального риска — в своевременном выявлении уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства путем направления клиента в центры оказания профессиональной медико-психологической помощи. Как и в случае диагностики острых психических заболеваний, диагностика суицидального риска предпринимается для того, чтобы вовремя определить уровень курабельности клиента обычными немедицинскими средствами психологической помощи, которыми располагает психолог, не являющийся врачом, профессиональным психиатром.

По сравнению с другими одношкальными методиками, так или иначе измеряющими уровень эмоциональной дезадаптации (опросники тревожности, нейротизма и др.), в ОСП имеет место попытка качественной квалификации симптоматики — выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.

ОСР создан как специализированный опросник, направленный не только на выявление интегрального показателя, но и на измерение профиля по девяти субшкалам:

1. **Демонстративность (Д).** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оценка с внешних позиций, 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 пойти слишком далеко. К этой субшкале относятся пункты № 12, 14, 20, 22, 27 опросника.

2. **Аффективность (А).** Доминирование эмоций над эмоциональным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно, эмоционально. Крайний вариант — блокада интеллекта. Пункты № 1, 10, 20, 23, 28, 29.

3. **Уникальность (У).** Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явление исключительное, не похожее на другие и, следовательно, подразумевающее исключительные варианты выхода, в частности суицид. Данная шкала тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт. Пункты № 1, 12, 14, 22, 27.

4. **Несостоятельность (Н).** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенное" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога — «Я плох». Пункты № 2, 3, 6, 7, 17.

5. **Социальный пессимизм (СП).** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением. СП тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. Экстрапунитивность определяется по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня». Пункты № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25.

6. **Слом культурных барьеров (СКБ).** 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. Крайний вариант — инверсия ценности жизни и смерти. При отсутствии выраженных пиков по другим шкалам это может свидетельствовать только об «эстетизации смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти — доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». Пункты № 8, 9, 18.

7. **Максимализм (М).** Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей значимости малейшей потери с одновременной минимализацией ценностей значимости имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта из какой-то одной сферы. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах. Пункты № 4, 16.

8. **Временная перспектива (ВП).** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы, глобального страха неудач и поражений в будущем. Пункты № 2, 3, 12, 24, 25, 27.

9. **Антисуицидальный фактор (АФ).** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снижает 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. Пункты № 19, 21.

Данная методика применяется в том случае, когда психолог на основе предшествующего исследования выявил высокую вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой психолог должен проявить максимум внимания и сочувствия.

Баллы подсчитываются отдельно по каждому фактору. Ответу «да» соответствует 1 балл. Количество утверждений по каждому из факторов принимается за 100. Количество баллов переводится в проценты. По процентному соотношению определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики.

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается ряд утверждений, каждое касается особенностей Вашего характера, Вашей личности, Вашего поведения, отдельных поступков, отношения к людям, взглядов на жизнь и т.п. Если Вы считаете, что утверждение верно по отношению к Вам, то дайте ответ «Да», в противном случае – «Нет». Свой ответ зафиксируйте в имеющемся у Вас ответном листе, поставив крестик в клеточку, соответствующую номеру утверждения в вопроснике и виду Вашего ответа. Ответы необходимо дать на все вопросы.

Не существует «верных» и «неверных» ответов, так как каждый прав по отношению к своим собственным взглядам. Постарайтесь отвечать точно и правдиво. Не нужно долго размышлять над каждым вопросом, старайтесь как можно быстрее решить, какой из двух ответов, пусть весьма относительно, но все-таки ближе к истине. Вас не должно смущать, что некоторые из вопросов кажутся слишком личными, поскольку исследование не предусматривает анализа каждого вопроса и ответа, а опирается лишь на количество ответов одного и другого вида. Кроме того, Вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению. Не делайте никаких пометок в тексте инструкции.

Текст опросника

1. Вы все 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 определенно не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью более, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
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 обреченным 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 все кончено.

17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя ставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
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 хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

4. Метод «Незаконченные предложения» является проективной методикой, позволяющей направленно выяснить отношение испытуемого к окружающему и некоторые личностные установки.

Тест включает 30 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 11 групп. Некоторые группы предложений имеют отношение к прошлому и будущему, затрагивают взаимоотношения с родителями и друзьями, собственные жизненные цели.

Тестирование без обработки занимает от 20 минут до нескольких часов (в зависимости от личности испытуемого).

ИНСТРУКЦИЯ. Внимательно прочитайте приведенные ниже незаконченные предложения. На бланке теста необходимо закончить предложения одним или несколькими словами. Не нужно долго размышлять над каждым вопросом. Постарайтесь отвечать точно и правдиво. Вы должны знать, что результаты индивидуально-психологических исследований, как и медицинских, не подлежат широкому обсуждению.

1. Думаю, что мой отец редко _____
2. Если все против меня, то _____
3. Будущее кажется мне _____
4. Знаю, что глупо, но боюсь _____
5. Идеалом женщины (мужчины) для меня является _____
6. По сравнению с большинством других семей моя семья _____
7. Моя мать и я _____
8. Я сделал бы все, чтобы забыть _____
9. Я мог бы быть очень счастливым, если бы _____
10. В школе мои учителя _____
11. Не люблю людей, которые _____

12. Моя семья обращается со мной как с _____
13. Я хотел бы, чтобы мой отец _____
14. Моя наибольшая слабость заключается в том _____
15. Моим скрытым желанием в жизни _____
16. Наступит тот день, когда _____
17. Хотелось бы мне перестать бояться _____
18. Считаю, что большинство матерей _____
19. Я часто чувствую себя виноватым, если _____
20. Больше всего я хотел бы в жизни _____
21. Когда буду старым _____
22. Моим самым живым воспоминанием детства является _____
23. Когда я был ребенком, моя семья _____
24. Я люблю свою мать, но _____
25. Самое худшее, что мне случилось совершить, это _____
26. Завтра я _____
27. Когда я закончу школу _____
28. Наступит день, когда _____
29. Если бы я был учителем _____
30. Я хочу жить, потому что _____

ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ.

Для каждой группы предложений выводится характеристика, определяющая данную систему отношений как положительную, отрицательную или безразличную. Например,

«Большинство известных мне семей ...

1. Несчастливы, недружные, распались - 2 б.
2. Нервные, не очень дружные - 1 б.
3. Все одинаковы - 0 б.

КЛЮЧ

№	Группы предложений	№№ заданий
1.	Отношение к отцу	1, 13
2.	Отношение к матери	7, 18, 25
3.	Отношение к себе	2, 14, 26
4.	Нереализованные возможности	9, 15, 20
5.	Отношение к будущему	3, 16, 21
6.	Отношение к школе, к учителям	10, 29
7.	Страхи и опасения	4, 17
8.	Отношение к своему прошлому	22
9.	Отношение к семье	6, 12, 23
10.	Чувство вины	8, 19, 25
11.	Планы, идеалы	5, 27, 28, 30

Такая количественная оценка облегчает выявление у обследуемого дисгармоничной системы отношений. Но более важно, конечно, качественное изучение дополненных предложений.

Исследованию методом «незаконченные предложения» должно предшествовать установление контакта с обследуемым для получения искренних, естественных ответов. Но даже если тестируемый рассматривает исследование как нежелательную процедуру и стремится скрыть мир своих глубоких переживаний дает формальные, условные ответы, опытный психолог может извлечь массу информации, отражающую систему личностных отношений.

Информативными в плане диагностики суицидального поведения являются все утверждения, направленные на планирование собственной жизни, на отношение к будущему, т.е. это вопросы № 3, 16, 21, 26, 27, 28, 30. У детей, склонных к суицидальному поведению наблюдается негативное отношение к окружающему, они не имеют планов на будущее или не могут их сформулировать достаточно четко.

Таким образом, критериями определения суицидальной направленности будут являться: повышенная личностная тревожность, фрустрация, негативное восприятие окружающего, желание изменить его и неспособность самостоятельно найти пути решения этой задачи, а также отсутствие осознанного стремления к жизни. Риск совершения суицида возрастает тем больше, чем ярче выражены перечисленные особенности.

Коррекционная работа с суицидентами и подростками, имеющими указанные выше особенности, должна быть рассчитана на снижение уровня личностной тревожности и фрустрации, на осознание подростком стремления к сохранению собственной жизни, новое восприятие окружающего и умения строить планы на будущее и реализовывать их.

Кроме этого существуют приемы, которые психологи используют после того, как работа с суицидентом проведена. Они необходимы для того, чтобы проверить эффективность проведения психотерапевтической работы. Например, В.Франкл предлагал пациентам расположить значимые события в прошлом и предполагаемые на прямой, символизирующей жизнь. Отказ человека отметить события будущего считался тревожным признаком.

Процедура тестирования с помощью проективных тестов (ТАТ, Роршаха, Розенцвейга, пиктограммы и др.) позволяет распознать неосознаваемые, скрытые тенденции, однако, она требует много времени и длительного напряжения от экспериментатора.

Н.В.Агадзе и Л.М.Кульгавин предлагают применять цикл методик, состоящих из 4 последовательно проводимых тестов: опросник состояния реактивной тревожности Спилберга, цветовой тест Люшера, методики определения агрессивности и методики определения аутоагрессивности.

Приложение 2

Результат психологической диагностики риска суицидального поведения

на основе батареи методик Н. Е. Антиповой

ФИО ИИИ

Возраст 15 лет

Дата XX.XX.2020

Форма проведения диагностики: электронный опрос посредством Google-формы

Цель диагностики: анализ Вашего актуального внутреннего состояния, оценка факторов, повышающих степень вероятности причинения себе вреда.

Батарея диагностических методик:

- опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности»;
- опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой;
- проективная методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви.

Результаты диагностики:

Блок № 1 направлен на оценку отдельных психических состояний: тревожности, агрессии, фрустрации и ригидности личности человека.

Полученные показатели

Оцениваемое состояние	Полученный показатель	Интерпретация уровня
Тревожность	14	Средняя
Фрустрация	7	Низкая
Агрессия	5	Низкая
Ригидность	8	Средняя

Интерпретация полученных результатов

В ходе диагностики, была выявлена склонность достаточно часто переживать сильную тревогу, ожидать негативного сценария развития событий, неудач в решении различных задач и трагических исходов ситуации.

По результатам диагностики установлена склонность редко переживать гнев или вспышку негативных эмоций, возникающие при невозможности удовлетворения значимых потребностей и достижения целей.

У Вас редко может возникать желание и состояние причинять вред окружающим и приносить им физический, моральный или психологический дискомфорт.

Также можно утверждать, что Вам достаточно часто сложно приспосабливаться к новым условиям жизни и изменениям привычных способов поведения.

Блок № 2 предназначен для диагностики особенностей и поведения личности, которые могут стать фактором возникновения суицидального риска.

Полученные показатели

Оцениваемый показатель	Степень выраженности, %
Демонстративность	40%
Аффективность	50%
Уникальность	0%
Несостоятельность	40%
Социальный пессимизм	67%
Слом культурных барьеров	33%
Максимализм	50%
Временная перспектива	17%
Антисуицидальный фактор	100%

Интерпретация полученных результатов:

По итогам диагностики установлены следующие особенности индивидуального стиля поведения.

Для Вас характерен социальный пессимизм – окружающий мир оценивается как враждебный и опасный по отношению к Вам, что может создавать дополнительные трудности в адаптации к условиям ситуации.

При этом полностью отрицается восприятие себя как уникальной личности. Вероятно, сформировалось понимание собственной жизни и личностных особенностей таких же, как у всех, собственной жизненной истории – как похожей на все другие.

Факторы возникновения суицидального риска отсутствуют.

Было установлено сформированное чувство ответственности за близких, чувство долга, которые могут предохранять от причинения вреда самому себе.

Блок № 3 выявление системы отношений респондента с окружающим миром

Полученные показатели

Аспект отношения к окружению	Интерпретация
Отношение к матери	Положительное
Отношение к отцу	Положительное
Отношение к себе	Положительное
Отношение к своему будущему	Положительное
Отношение к прошлому	Положительное
Отношения к школе и учителям	Положительное

По результатам диагностики было установлено наличие гармоничной системы отношений с ближайшим социальным окружением.

Рекомендации.

Рекомендовано наблюдение за собственным эмоциональным состоянием, обучение техникам регуляции тревоги, повышение возможностей адаптации к изменению ситуации, что повысит общий фон настроения и будет способствовать укреплению веры в собственные силы при преодолении трудных жизненных ситуаций.

Если у Вас остались вопросы можете написать нам на электронную почту XXXXXX@gmail.com

Уважаемый респондент, благодарим Вас за участие в исследовании!

Рекомендации психолога родителям

С каждым годом проблема самоубийств приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. В последние годы резко увеличилось количество самоубийств в подростковой среде. И мы не можем оставить этот факт без внимания.

Каковы причины подростковых самоубийств?

- На первом месте стоят проблемы и конфликты в семье.
- Также подростки тяжело переживают развод, особенно те, кто одинаково привязаны к обоим родителям. Во время развода родителей дети испытывают чувство ненужности и покинутости.
- Следующая причина – насилие в семье.
- Одной из наиболее часто встречающихся причин попыток самоубийства в среде подростков является несчастная любовь. В подавляющем большинстве случаев от безответного чувства страдают девушки.
- Иногда суициды совершаются в подражание кумирам или из чувства коллективизма.
- Потеря родственников и близких характеризуется суицидальным настроением, но редко заканчивается трагически. Связано это с тем, что после смерти близких ребёнку оказывается мощная поддержка со стороны других родственников.

Суицидально опасная референтная группа:

- молодежь: с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;
- сверхкритичные к себе;
- лица, страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;
- подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;
- люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

Признаками эмоциональных нарушений являются:

- 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;

- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека-одиночку;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- погруженность в размышления о смерти;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Признаки, предупреждающие о возможности суицида:

- перемены в поведении – уединение, рискованное поведение;
- проблемы в школе – падение успеваемости, эмоциональные взрывы, засыпание на уроках;
- признаки депрессии – перемены в питании и времени сна, беспокойство, безнадежность, чувство вины, потеря интереса;
- устные заявления – «Я желаю быть мертвой», «Оставь меня в покое»;
- темы о смерти – накопительный интерес к данной тематике на интернетсайтах, в социальных сетях, в художественных произведениях; усиленное внимание к оккультизму, тяжелому металлу в музыке;
- вызывающая одежда;
- предыдущая суицидальная попытка – на этих детей необходимо обращать особое внимание;
- употребление, а в последствии, и злоупотребление алкоголем;
- могут наблюдаться и другие признаки, такие как агрессивность, неадекватное, сверхбурное реагирование (напр. на утерю чего-либо), нелады с законом, неожиданная береженность, наличие среди знакомых тех, кто ранее практиковал суицид).

У психологов есть совет, который должен стать законом для родителей: если подросток заговорил с вами о своем – бросайте мыть посуду, положите телефонную трубку, отложите ВСЕ свои дела, садитесь напротив, глаза в глаза – и слушайте, вникайте, сопереживайте, думайте вместе. И еще: ребенок, подросток должен знать, что он ВСЕГДА может рассчитывать на вашу поддержку и помощь.

Что можно сделать для того, чтобы помочь ребенку?

1. Подбирайте ключи к разгадке суицида. Ищите признаки возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению.

2. Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, – ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

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

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения (ненужности, покинутости). В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации того, о чем говорят. Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

5. Не спорьте. Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали.

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

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный подросток может посчитать суждение типа: «Ты на самом деле так не думаешь», – как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

8. Предложите конструктивные подходы. Вместо того, чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», – попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

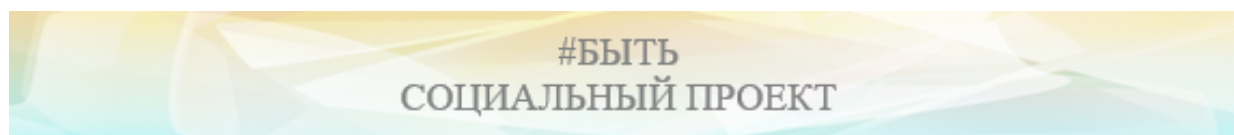
9. Оцените степень риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида путем отравления, прыжка с высоты, использования веревки. Очень важно выявить и другие факторы, такие, как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений и дезорганизации поведения, чувство безнадежности и беспомощности. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, например, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый плеер, с которым он ни за что бы не расстался. В этом случае лекарства или ножи следует убрать подальше.

10. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

11. Обратитесь за помощью к специалистам. Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Друзья, несомненно, могут иметь благие намерения, но им может не хватать умения и опыта, кроме того, они бывают склонны к излишней эмоциональности.

12. Важность сохранения заботы и поддержки. Если критическая ситуация и миновала, то педагоги или семьи не могут позволить себе расслабиться.

Пример протокола с результатами диагностики по методике «Сигнал»



Методика оценки суицидального риска «Сигнал» Результаты тестирования

Ф.И.О.:

Группа: Сосновский судостроительный техникум

Пол: Ж Возраст: 16

Дата тестирования: 09.11.2020

Показатель суицидального риска (ПСР): 1,01

Заключение:

Отсутствие фиксации внимания на информации суицидального характера. Низкий уровень риска суицидальных реакций

Показатели

	Нейтральные предложения	Суицидальные предложения
Среднее время реакции	902,24	893,00
Среднее время просмотра	24665,41	23010,00
Отношение времени просмотра	1,07	

Время реакции

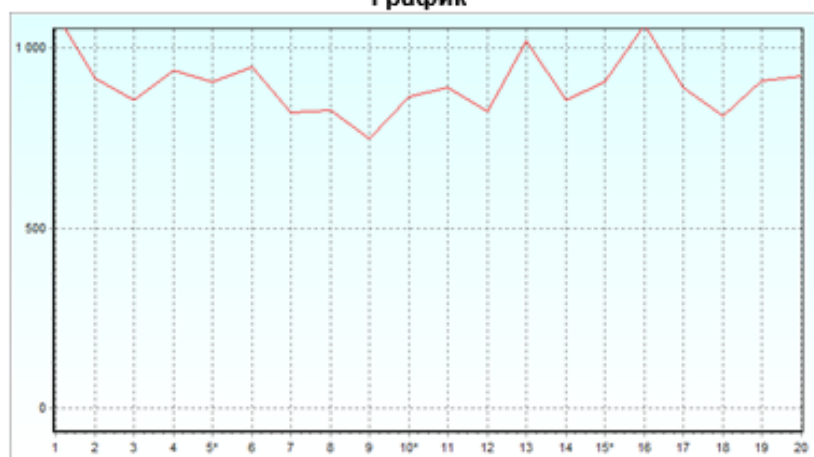
1	2	3	4	5*	6	7	8	9	10*	11	12	13	14	15*	16	17	18	19	20
1099	916	855	937	907	949	820	826	747	867	891	823	1021	856	905	1064	891	811	909	923

Время просмотра каждого блока предложений

1	2	3	4	5*	6	7	8	9	10*	11	12	13	14	15*	16	17	18	19	20
3484	27257	21074	20932	26678	22614	22442	21463	25666	25276	17574	24734	18855	19645	17076	44258	19954	17333	34620	26050

Ошибочные ответы

1	2	3	4	5*	6	7	8	9	10*	11	12	13	14	15*	16	17	18	19	20
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0

График

Протокол диагностики антисуицидальных мотивов для респондентов с риском суицидального поведения

#БЫТЬ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

Опросник антисуицидальных мотивов Результаты тестирования

Ф.И.О. _____

Группа: Сосновский судостроительный техникум

Пол: Ж Возраст: 16

Дата тестирования: 09.11.2020

Заключение:

Наиболее весомый антисуицидальный мотив - Мотивы, связанные с детьми.

Суть мотива:

Забота о настоящем и будущем своих детей, желание общаться с ними, наблюдать их рост и развитие.

Значимые антисуицидальные мотивы:

- Выживание, умение справляться с ситуацией - средняя норма

Суть мотива:

Ощущение внутренней силы, желание жить, способность решать проблемы, ставить цели, строить планы на будущее, контролировать свою судьбу, испытывать радость.

- Ответственность перед семьей - хорошая норма

Суть мотива:

Обязательства и ответственность перед своей семьей, чувства обследуемого по отношению к родным и их чувства к нему.

- Опасения социального неодобрения - средняя норма

Суть мотива:

Нежелание получить осуждение и неодобрение со стороны других людей.

- Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки - хорошая норма

Суть мотива:

Нравственные чувства и вера в Бога. Страх возмездия.

Наиболее слабый антисуицидальный мотив - Опасения относительно совершения самоубийства.

Суть мотива:

Страх смерти и неизвестности. Неуверенность в способности совершить задуманное. Страх самого процесса самоубийства и его атрибутов (боль, кровь, насилие).

Выраженность антисуицидальных мотивов - хорошая норма.

Таблица результатов

	Наименование мотива	Баллы	Ранг
1	Выживание, умение справляться с ситуацией	5,29	3
2	Ответственность перед семьей	5,71	2
3	Мотивы, связанные с детьми	6,00	1
4	Опасения относительно совершения самоубийства	3,14	6
5	Опасения социального неодобрения	3,67	5
6	Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки	4,50	4

Средние значения выраженности антисуицидальных мотивов

Обследуемый	Норма	Суициденты
4,72	4,26	3,97

#БЫТЬ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

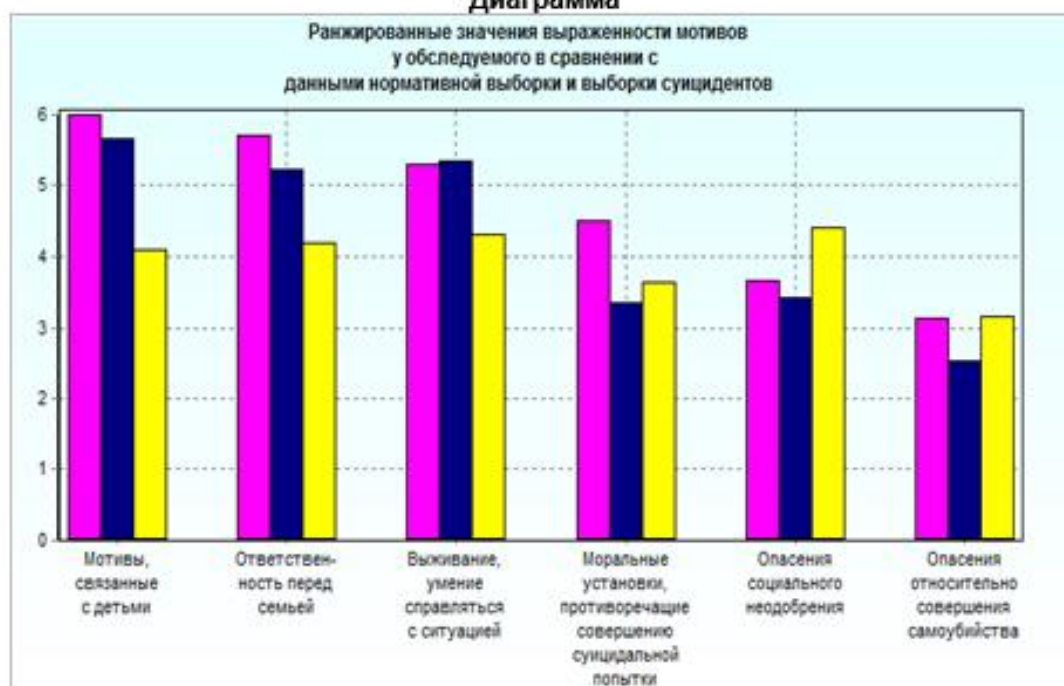
График

Сравнение полученных результатов
с данными нормативной выборки и выборки суицидентов



Диаграмма

Ранжированные значения выраженности мотивов
у обследуемого в сравнении с
данными нормативной выборки и выборки суицидентов



Протокол индивидуальной консультации

Дата консультации: _____	Психолог: _____
Ф.И.О. консультируемого: _____	<input type="checkbox"/> <u>Несовершеннолетний</u> <input type="checkbox"/> Родитель

Домашний адрес: _____

Образовательная организация: _____

Состав семьи: _____

Краткое содержание обращения: знакомство, установление контакта, информирование о «тревожащих сигналах» состояния по результатам диагностики и возможностях дальнейшей работы и психологической помощи

Встреча первая

Цель консультации: формирование готовности на дальнейшую консультативную работу

Характер и ход консультации: _____

Консультация в Zoom, на площадке колледжа в кабинете психолога в его присутствии. В момент консультации в спокойном, ровном эмоциональном состоянии. Идет на контакт. На вопросы отвечает осторожно. О семье рассказывает, что к нему хорошо относятся. Обсудили результаты диагностики от 09.11.2020 в общем виде: при диагностике были обнаружены тревожащие сигналы, указывающие на нестабильное эмоциональное состояние (без обсуждения деталей) и проговорили, что таким подросткам может быть оказана бесплатная психологическая помощь в различных вариантах. Рассказали о специфике психологической помощи в виде консультирования). Затем предложено принять решение о возможности дальнейшего сотрудничества. Обменялись контактами. Договорились, что выберет время и дату консультации и напишет ВК.

Рекомендации: рекомендуется наблюдение за эмоциональным состоянием, необходимо уточнение результатов диагностики риска СП

Психолог

подпись

(Ф.И.О.)

Протокол индивидуальной консультации

Дата консультации: _____	Психолог: _____
Ф.И.О. консультируемого: _____	<input type="checkbox"/> <u>Несовершеннолетний</u> <input type="checkbox"/> Родитель

Домашний адрес: _____

Образовательная организация: _____

Состав семьи: _____

Краткое содержание обращения: обсуждение результатов диагностики от 09.11.2020, анализ риска суицидального поведения

Встреча вторая

Цель консультации: анализ риска суицидального поведения, установленного в ходе диагностики (средний уровень РСП, предрасположенность к СП. Весомый мотив: Мотивы, связанные с детьми (5,33))

Характер и ход консультации: _____

Консультация в Zoom, на площадке школы в кабинете / учебной аудитории в отсутствии других лиц. В момент консультации в спокойном, ровном эмоциональном состоянии. Поздоровались. Подросток сразу заявил: «Я знаю про проект. У меня этого нет». Еще раз оговорили повод для встречи – «тревожащие сигналы эмоционального состояния во время диагностики, которые могут свидетельствовать о нестабильном эмоциональном состоянии в момент диагностики, в том числе – и о суицидальном поведении. Подростку расшифрованы результаты диагностики, фиксация на высказываниях на суицидальную тематику. На вопрос о том, что могло повлиять на эмоциональное состояние в тот день, сказал, что «все нормально было, просто на вопросы отвечал, не вникая в смысл, иногда случайно». Еще раз повторил, что я точно не буду этого делать – это глупо и не решает проблем. Проговорили, что любой человек может попадать в ТЖС в разное время. Мысли о безвыходности положения могут появляться у любого человека в ТЖС. Важно знать, что в таком случае есть куда обратиться и получить помощь (телефоны доверия и я как специалист-психолог, которого знает). Зафиксировали, что выйти из ТЖС можно, используя собственные ресурсы – любящую семью, интересы к технике, ответственность и исполнительность. Анализируем выраженные АсМ: мотивы, связанные с детьми, Дима также говорит, что отвечал «не вдумываясь, не вникая в смысл». Договариваемся, что имеющиеся ресурсы подросток будет применять в повседневной жизни в ТЖС и, если необходимо, будет обращаться к психологу.

Рекомендации: наблюдение за изменениями поведения, эмоциональная поддержка в ТЖС.

Психолог _____

Приложение 8

Тренинг по профилактике суицидального поведения у подростков в возрасте
от 12 до 17 лет (автор-составитель: М. Б. Колеватов)

Пояснительная записка

Профилактическая, в т. ч. коррекционно-развивающая и просветительская, деятельность по снижению суицидального риска у подростков необходима ввиду актуальности данного явления. Для повышения результативности программы блоки занятий с упражнениями подобраны в соответствии с причинами детского суицидального поведения.

Цели:

- 1) снизить суицидальный риск у каждого участника тренинга;
- 2) настроить всех участников тренинга на позитивное восприятие мира.

Задачи:

- информирование подростков о феномене суицида;
- развитие умения разрешать трудные жизненные ситуации;
- коррекция навыков социального взаимодействия;
- развитие сфер мотивации и целеполагания;
- развитие навыков эмоциональной сферы;
- коррекция отношения к собственной персоне;
- закрепить позитивный настрой к жизни.

Целевая аудитория: подростки в возрасте от 12 до 17 лет, входящие в группу риска (до 25 человек).

Тренинговая группа: 5–8 участников.

Организационные условия проведения занятий: кабинет, пригодный как в качестве традиционного учебного класса, так и в качестве игровой аудитории; свободно передвигающиеся столы и стулья; проектор, ноутбук; ручки, карандаши, листы плотной бумаги в достаточном количестве.

Количество и продолжительность проведённых занятий: 7 занятий по одному разу в неделю продолжительностью 45–60 минут.

Методы:

- лекционная подача теоретического материала;
- обсуждение;
- настольные игры;
- дебрифинг;
- арт-терапевтические методы.

Ожидаемые результаты:

- у подростков группы риска снизится проявление суицидальных намерений;
- дети научатся смотреть на жизнь с позитивом.

Структура тренинговых занятий

Занятие 1

1. Введение (вступительная речь).

2. Знакомство:

Упражнение «Представь товарища».

3. Принятие правил работы группы.

4. Основная часть:

Мини-лекция: «Суицидальное поведение. Основные понятия». Обсуждение определения понятия, причин суицидального поведения. Разбор мифов о суициде.

Обсуждение реальной истории трудной ситуации, когда человек был готов сдаться.

5. Социальный ролик «Выбираю #ЖИЗНЬ».

6. Дебрифинг занятия.

7. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 2

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Основная часть:

Упражнение-разминка «Дерево».

Основное упражнение «Семь “Я” человека». Дебрифинг упражнения.

Упражнение-заминка «Альбом счастливых моментов».

3. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 3

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Мини-лекция «Мотивация».

3. Основная часть:

Игра «Колесо Жизненного Баланса».

4. Сокращённый дебрифинг занятия.

5. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 4

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Мини-лекция «SMART-цели».

3. Основная часть:

Блиц-игра «Цель».

Сокращённый дебрифинг упражнения.

4. Психосинтез «Карта успеха».

5. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 5

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Обсуждение «Умение находить выход из трудной жизненной ситуации и рассматривать проблемы с разных ракурсов».

3. Основная часть:

Метод психодрамы. Разбор реальной истории из практики консультирования.

Вопросы для обсуждения.

4. Дебрифинг занятия.

5. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 6

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Основная часть:

Упражнение-разминка: «Лучше один раз услышать, чем сто раз увидеть».

Основное упражнение: «Письмо любимому человеку». Обсуждение.

3. Дебрифинг занятия.

4. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

Занятие 7

1. Приветствие «Давайте поздороваемся».

2. Основная часть:

Аффирмация «Декларация моей самооценки» Вирджинии Сатир.

Основное упражнение: рисунок «Будущее» (арт-терапия), выполненный в позитивном ключе – «Как хорошо жить!»

3. Подведение итогов профилактической работы.

4. Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл».

СОДЕРЖАНИЕ ТРЕНИНГА

ЗАНЯТИЕ 1

Цель: знакомство с группой, выработка правил работы в группе, формирование доверительной атмосферы, знакомство с феноменом суицида.

1. Введение (вступительное слово)

«В мире на данный момент очень актуальна проблема суицида. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно более 800 тысяч человек кончают жизнь самоубийством – это примерно 1 человек каждые 40 секунд. Главная цель наших занятий – сделать всё возможное, чтобы эта статистика уменьшилась. На занятиях вы будете развивать личностные навыки, которые покажут вам, что сдаваться нельзя».

2. Знакомство

Упражнение «Представь товарища»

Цель: познакомить участников тренинга.

Время: 10 минут.

Материалы: нет.

Процедура: участники разбиваются на пары (желательно, чтобы в них попали люди, незнакомые друг с другом), в течение трёх минут общаются, и затем каждому даётся 20–30 секунд, чтобы представить напарника.

3. Принятие правил работы группы (10 минут):

Предлагается принять правила работы в группе, которые последовательно появляются на слайде и остаются на видном месте до окончания всех занятий. Важно, чтобы подростки тоже предлагали правила, так как это мотивирует их на понимание: «Меня не заставляют, я сам так решил».

Основные правила:

Правила работы в практикуме определяются двумя основными принципами.

Принцип 1. Создание безопасной среды:

– конфиденциальность: когда человек делится своим личным, он должен быть уверен, что это не выйдет за пределы группы. Разумеется, за пределами группы можно говорить об упражнениях, о своём опыте. Но мы не должны говорить, послушайте, какую интересную вещь рассказал о своей семье Миша;

– безоценочность суждений: уважительное отношение к переживаниям других людей. Когда один говорит о своих чувствах, другой не должен вмешиваться и говорить: «О, это неправильно» или «Ты не должен этого чувствовать». Запрещается также давать советы. Мы будем учиться этому особенно ответственно: потому что большинство людей имеют привычку

давать советы другим людям и толковать их переживания, когда те об этом их не просят. Если это происходит слишком часто, то блокируется обмен опытом;

- терпимость, умение слушать не прерывая;
- говорить от первого лица, от своего имени, не говорить «мы»;

Принцип 2. Поскольку основная цель тренинга – овладение навыками личностного развития, то предполагается активная вовлеченность в учебный процесс всех участников практикума.

Какие еще правила вы хотели бы ввести?

4. Мини-лекция «Суицидальное поведение. Основные понятия»

Цель: просветить подростков по теме «Суицид».

Время: 20 минут.

Материалы: компьютер, проектор.

Обсуждение: «Что такое суицид? Почему люди его совершают? Что может толкнуть человека на такой шаг?»

Обсуждение основных причин суицидальной активности:

Изоляция (чувство, что никто не понимает, никто не интересуется, чувство одиночества).

Как вы понимаете эту причину?

Беспомощность (ощущение, что не можешь контролировать жизнь, всё зависит не от тебя). Как вы понимаете эту причину?

Безнадёжность (когда будущее не предвещает ничего хорошего). Как вы понимаете эту причину?

Чувство собственной незначимости (уязвлённое чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя). Как вы понимаете эту причину?

Обсуждение мифов, связанных с самоубийством:

Миф 1. *Самоубийства являются исключительно импульсивным деянием, и помочь самоубийце в этом случае нельзя.*

Правда. Любое самоубийство – это логический итог неблагополучия личности в какой-либо из сфер его жизни. Своевременная помощь от специалистов и близких людей может предотвратить печальный исход.

Миф 2. *Спасённые дети никогда больше не совершат попытку суицида.*

Правда. Вероятность повтора суицидальной попытки происходит приблизительно в 50% случаев. По статистическим данным именно эта доля подростков заканчивает попытку суицида смертью.

Миф 3. *Ребёнок перед самоубийством будет говорить об этом, но окружающие воспримут это как шутку*

Правда. Высказывания о смерти, серьёзные или шуточные, являются своеобразным криком о помощи. Данные высказывания требуют обращения внимания на себя.

Миф 4. *Нельзя разговаривать на тему суицида с людьми, склонными к депрессии, так как это может спровоцировать попытку самоубийства.*

Правда. Люди, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах и переживаниях со специалистами, способными им помочь.

Обсуждение реальной истории подростка о его трудной жизненной ситуации. Обсуждение заранее подготовленной истории или обсуждение истории от подростка, если кто-либо будет готов поделиться своим опытом.

«Сильная девочка. На приёме она была одна. Сразу заявила: «Папа работает, он не придёт». Направлена к психологу была из школы, где школьная медсестра заметила порезы на руках во время плановой прививки. Надобности в коррекционных занятиях девочка не видела, часто повторяла: «У меня всё отлично». Суицидальные мысли и проблемы отрицала («я оптимистка, ууух!»). Про свои порезы рассказывала спокойно: «Я убиралась в комнате и на глаза мне попало лезвие. Я решила попробовать насколько оно острое. И всё». Только спустя месяц занятий девочка рассказала о том, что незадолго до своего первого «интереса к лезвию», она потеряла маму, а затем и рассорилась с близкой подругой. Осталась одна рядом с вечно занятым отцом, который даже при всем своем желании вряд ли сможет постичь тайны души тринадцатилетней школьницы. Привыкла справляться со всем сама. И с горем тоже справлялась, как могла.»

Вопросы:

Какие проблемы есть в жизни у девушки?

Как она заглушает боль?

Как, по вашему мнению, действительно стоит справиться с данной жизненной ситуацией?

Какие мысли возникали у вас, когда вы решили сдать?

5. Социальный ролик «Выбираю #ЖИЗНЬ»

Цель: дать возможность подросткам посмотреть на ситуацию с другой стороны.

Время: 5 минут.

Материалы: компьютер, проектор.

Какие чувства вызвал данный видеоролик?

6. Дебрифинг занятия.

Цель: актуализировать знания по данному тренингу.

Время: 10 минут.

Материалы: компьютер, проектор.

Ребята поочерёдно отвечают на вопросы дебрифинга по проведённому вводному занятию (вопросы выведены на слайде):

- Что вы делали?
- Как вы себя чувствовали? Какие эмоции испытывали?
- Как вы думаете, почему именно такая реакция (эмоции, чувства) была на действия?
- Чему вас это научило? Чем полезно, как связано с реальной жизнью?
- Как вы можете использовать полученный от упражнения опыт?
- Как новый опыт повлияет на дальнейшую жизнь (какие последствия)?

7. Прощание

Цель: ввести правило дружеского прощания, которое благоприятно будет влиять на окончание занятия и сплочение тренинговой группы.

Время: 5 минут.

Материалы: нет.

Ритуал прощания «Как я рад, что ты пришёл»

Процедура: ребята поочерёдно пожимают руку каждому участнику и говорят: «Как я рад, что ты пришёл».

Фрагмент тренинга ресурсных состояний**Занятие №3 – «Мой ресурс- жизнестойкость» (автор-составитель А. А. Максимова)****1. Приветствие****Упражнение «Здравствуйте!»**

Ведущий: «Известно, что слово «здравствуйте» может быть произнесено на все лады. Попробуйте выявить свой потенциал использования приветствия. Пусть каждый по кругу произнесет слово «здравствуйте» по-своему». Обсуждение: оценка участниками подтекста, который каждый вкладывал в приветствие.

2. Дыхательная гимнастика-**Полное дыхание:**

Исходное положение – стоя, ноги вместе, руки опущены вдоль туловища, плечи расслаблены, живот после выдоха втянут. Из этого положения начинается медленный вдох через нос: вначале воздух поступает в нижние отделы легких – живот медленно выпячивается; затем раздвигаются нижние ребра и средняя часть грудной клетки (живот несколько втягивается внутрь). В конце вдоха полностью заполняются верхние отделы легких – раздвигаются и поднимаются плечи, выпячивается грудь, живот подтянут. По окончании вдоха начинается медленный выдох, также осуществляемый через нос: вначале воздух выходит из нижних отделов легких за счет втягивания живота, затем сжимаются нижние ребра и средние отделы грудной клетки. Выдох заканчивается освобождением от воздуха верхних отделов легких. Плечи при этом опускаются, живот остается втянутым.

После окончания выдоха перед началом вдоха делается пауза, продолжительность которой изменяется в зависимости от того, насколько человек тренирован. На эффективность упражнения главным образом влияет соотношение основных фаз дыхания (вдох, выдох, пауза).

3. Упражнение «Ассоциации»**Цель: формирование представления о понятии «Жизнестойкость»**

Предлагается запустить цепочку ассоциаций. Ведущий называет слово, понятие, а участники быстро, практически не задумываясь называют слова (существительные, прилагательные, глаголы, образы, животных, людей, героев), которые ассоциируются с этим словом.

Пример: «зима», «человек»....., «жизнестойкость» Подведение итога и формулировка ответа на вопрос: «Что такое жизнестойкость»?

Время: 10 минут**Обсуждение:**

- Легко ли было выполнять упражнение?

· Что Вы взяли для себя выполняя его?

4. Мини-лекция «Мой ресурс-жизнестойкость»

-стресс

-переключение

«Программа защиты от стресса»

Цель: развитие рефлексии и временной перспективы.

Ведущий знакомит участников с простой, но эффективной программой защиты от стресса, составленной Самоукиной Н. и состоящей из 4 шагов:

1) Понаблюдайте за собой (изменения состояния и настроения, что происходит, когда вы теряете самообладание).

2) Найдите способы остановки самого себя (пауза в общении, уход...)

3) Переведите свою энергию в иную форму деятельности:

-переберите вещи, полейте цветы, заварите чай...

-поговорите с симпатичными вам людьми на нейтральные темы. -посмотрите в окно на небо, деревья, людей (о чем они думают)

-на 2–3 минуты опустите руки в холодную воду

-вспомните положительные качества, что больше радуют, значимые люди

4) Серьезно подумайте о том, какие моменты в жизни помогают вам снять напряжение, что вас больше всего радует, чем занимаетесь с увлечением? Постарайтесь каждый день уделять немного времени этим занятиям.

Время: 10 минут

5. Упражнение «Мои проблемы»

Цель: создание ощущения близости и общности с другими участниками в трудностях и в возможностях совладания с ними.

Ведущий: «в жизни все мы испытываем разные трудности, обнаруживая у себя черты, осложняющие нам жизнь.

В то же время, если припомнить, найдутся примеры, показывающие, что мы вполне способны с этим справиться (конкретные примеры). Значит многое в наших руках». Участникам предлагается вспомнить и записать такие случаи (по одному), а потом рассказать о них.

Время: 10 мин

6. Дебрифинг

- Что ты делал?

- Что ты чувствовал в процессе упражнения?

- Что можно взять для своей жизни?

7. Упражнение дня «Девиз жизни».

Цель: формирование адекватной оценочной деятельности

Каждый член группы пишет на листочке свой девиз жизни, а потом все перемешиваются и зачитываются, группа должна угадать, чей этот девиз.

Время: 5 минут

Обсуждение:

Чей жизненный девиз созвучен вашему мироощущению?

Какой Вы бы взяли себе?

Хотели бы Вы, что бы Ваш девиз стал кому-то полезен?

Сделать визуальным, материальным

8. Дебрифинг

-«Что ты делал? Как выбирал девиз?»

-«Что ты почувствовал, когда сказал свой девиз?»

-Фаза интерпретации

-«Ты смог метрилизировать свой девиз, что тебе это дало??»

-«Ты сможешь использовать это дальше в своей жизни? Как?»

-«Какие +\ - могут быть от использования этого в твоей жизни?»

9. Итоговое упражнение на релаксацию

Упражнение «Поплавок»

Жизнь не так проста, как кажется, и временами преподносит неожиданные сюрпризы. Ни один страховой полис не избавит вас от решения трудных задач, но, в конце концов, ведь каждому испытания посылаются по силам.

Представьте себе бурное море, шторм, ураган, смывающие все на своем пути мощные валы волн. Внезапно ваш взор выхватывает поплавок, уходящий под воду и снова вынырывающий на гребень волны. Представьте, что вы и есть

этот поплавок, а бурное море – ваша жизнь. На вас накатываются волны житейских невзгод, но вы непотопляемы.

Вы снова и снова всплываете на поверхность. Ваша уверенность и ваша удача наполняют этот поплавок и выталкивают его на поверхность. Наконец, море, не одолевшее вас, успокаивается, из-за туч выглядывает солнце, и вы поплавок наполняетесь солнечными лучами удачи. Вы пережили очередной шторм в своей жизни и вышли победителем. Представьте себе следующие возможные ураганы вашей жизни, и из них вы тоже выйдете победителем, непотопляемым поплавком.

10. Прощание

Каждый участник говорит фразу: "Когда я буду вспоминать о сегодняшнем дне, то вспомню в первую очередь..."

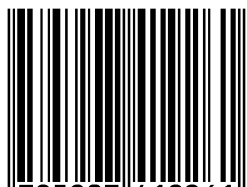
Оформление и верстка Е. Сунцова
Дата подписания к использованию: 01.04.2021
Объем издания: 3,5 Мб. Комплектация: 1 электрон. опт. диск (CD-R)
Тираж 300 экз.



Издательство АНО ДПО «Межрегиональный центр
инновационных технологий в образовании»
610047, г. Киров, ул. Свердлова, 32а, пом. 1003
Тел.: 8-800-222-30-98
<https://mcito.ru/publishing>; e-mail: book@mcito.ru



ISBN 978-5-907419-26-1



9 785907 419261