



ПРОФИЛАКТИКА

АНТИВИТАЛЬНОГО И СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ



МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
для специалистов социального обслуживания
по профилактике самоповреждающего
и суицидального поведения несовершеннолетних

Барнаул, 2021

Пособие составили: Дёмина Т.В., Малашкина И.С., Свидерских М.И., Скорлупина Е.А., Черных Е.

КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин», г. Барнаул, 2021

Методическое пособие для специалистов социального обслуживания по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

В пособии отражены:

- социальные аспекты прогнозирования суицидального поведения подростков, в том числе методы работы специалистов социальных служб по самоповреждающему и суицидальному поведению несовершеннолетних;
- психологические аспекты профилактики самоповреждающего и суицидального поведения, в том числе современные технологии индивидуального и группового кризисного консультирования подростков и их родителей;
- технологии сопровождения несовершеннолетних в ситуации самоповреждающего и суицидального поведения;
- межведомственное взаимодействие специалистов различных учреждений в вопросах профилактики, в том числе структура и содержание профилактической деятельности специалистов различных учреждений.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

ЧАСТЬ I. Теоретические основы профилактики самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

ГЛАВА 1. Социальные аспекты прогнозирования самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

1.1. Содержательная характеристика социально-психологических проблем детей и подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением

1.2. Методы работы специалиста социальной службы по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних.

ГЛАВА 2. Психологические аспекты профилактики самоповреждающего и суицидального поведения

2.1. Основы психодиагностического консультирования детей и подростков, склонных к суицидальному и самоповреждающему поведению

2.2. Современные технологии индивидуального и группового кризисного консультирования подростков и их родителей

ГЛАВА 3. Межведомственное взаимодействие специалистов различных учреждений в вопросах профилактики самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

3.1. Структура и содержание профилактической деятельности, направленной на предупреждение самоповреждающего и суицидального поведения у несовершеннолетних

3.2. Структура межведомственной профилактической деятельности

ЧАСТЬ II. Технологии сопровождения несовершеннолетних в ситуации самоповреждающего и суицидального поведения

ГЛАВА 4. Опыт Алтайского края в организации межведомственного взаимодействия специалистов по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

4.1. Технология организации межведомственного взаимодействия специалистов по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних в Алтайском крае

4.2. Порядок межведомственного взаимодействия органов и учреждений по предупреждению суицидов среди несовершеннолетних в Алтайском крае

ГЛАВА 5. Технологии сопровождения несовершеннолетних в ситуации самоповреждающего и суицидального поведения

5.1. Разработка индивидуального плана работы с несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку или акт самоповреждающего поведения. Возможность получить супервизию и межведомственную поддержку

5.2. Примеры алгоритмов работы по кейсам (конкретным ситуациям) самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

Глава 6. Социально-психологические аспекты работы в профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

6.1. Факторы риска самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних. Показатели самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних

6.2. Организация работы с детьми группы суицидального риска

6.3. Работа с «немотивированными» родителями, законными представителями

6.4. Работа психолога с семьей подростка в период пандемии

Заключение

Глоссарий

Список литературы

Приложения

ВВЕДЕНИЕ

Самоубийства подростков – тема, которая в последние годы особенно активно обсуждается в обществе и освещается в СМИ.

По данным ВОЗ около 20% самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше.

В России в последние 6 – 7 лет частота суицидов составляет 19 – 20 случаев на 100 тысяч подростков. Ежегодно это составляет от полутора до двух с лишним тысяч человек. Средний показатель в мире – 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке стран, где подросткам наиболее свойственно суицидальное поведение.

В Алтайском крае в 2020 году, по данным Краевого кризисного центра для женщин, который ведёт реестр случаев, поступающих в Министерство социальной защиты Алтайского края, было зафиксировано 126 попыток суицида, 17 из них – завершённые.

Пока общество задаётся вопросом, зачем подростки лезут в петлю и прыгают с крыши, психологи отмечают: главный вопрос – не зачем дети сводят счеты с жизнью, а в чем причина таких действий? И почему им никто вовремя не помог?

Самоубийство подростка – результат того, что крик о помощи не был услышан вовремя. Но, кроме того, – это поступок, при помощи которого юноша или девушка пытается привлечь к себе внимание.

Некоторые теоретики считают, что период юности сам по себе создает стрессовый климат, в котором более вероятно совершение попытки суицида. Юность – период быстрого роста. В нашем обществе он зачастую связан с конфликтами, ощущением депрессии, напряжением и проблемами в школе и дома. Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито и импульсивно реагирует на события, чем люди из других возрастных групп. Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2019 г. № 2098-р утвержден комплекс мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних (далее – Комплекс мер). Он состоит из 20 мероприятий и объединяет в качестве исполнителей Минздрав России, Минпросвещения России, МВД России, Минтруд России, Следственный комитет Российской Федерации, Росмолодежь, ФСИН России, Минкультуры России, Роскомнадзор, Роспотребнадзор, Росстат, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, тем самым демонстрируя, что в основе предупреждения самоубийств лежит межведомственное взаимодействие. Кроме этого, Правительство Алтайского края Постановлением от 17 ноября 2020 года № 493 утвердило Комплекс мер по оказанию помощи (медицинской реабилитации, социально-психологической, психолого-педагогической помощи), несовершеннолетним, пережившим суицидальную попытку.

Ни один отдельно взятый подход не может оказать достаточного влияния на такую сложную проблему, как суицид, а максимальная эффективность деятельности по профилактике самоубийств может быть достигнута при условии синергичной, взаимодополняющей работы органов власти и различных структур, ведомств, организаций: образовательных, медицинских, правоохранительных, социальных и иных.

В данном методическом пособии рассмотрены социальные и психологические аспекты профилактики суицидального и самоповреждающего поведения, структура и содержание профилактической деятельности специалистов различных учреждений.

ЧАСТЬ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

1.1. СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В своей повседневной жизни мы постоянно сталкиваемся с необычными поступками, реакциями или целой системой отклоняющегося поведения детей. Общеизвестен факт значительного увеличения числа подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением. Все это требует оценки не только в медико-психологическом, но и в социальном аспекте. Каждая встреча с таким ребенком должна завершаться пониманием причин развития его аномального поведения.

В подавляющем большинстве случаев все начинается с реакции дезадаптации, особенно в подростковом возрасте. Подростки переживают очень значительные изменения за короткий промежуток времени: резко увеличивается рост, масса тела, меняется прежний облик, появляются вторичные половые признаки, меняется гормональный фон. Дети сосредотачиваются на этих изменениях, у них постоянно меняется настроение и поведение.

Ситуации повышенного риска, приводящие к дезадаптации в подростковом возрасте:

- невозможность соответствовать ожиданиям семьи;
- переживание чрезмерной ответственности за других членов семьи;
- неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- неспособность справляться с учебной нагрузкой;
- враждебное отношение родителей, педагогов;
- ситуации, опасные для здоровья.

«Суицидальное поведение – следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта» (Амбрумова А.Г., 1996).

Суицидальные проявления – мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Суицидальные попытки – демонстративно-установочные действия, при которых суицидент знает, что применяемые им попытки, не приведут к смерти.

Суицидальное покушение – все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (обрыв веревки, реанимационные мероприятия и т.д.)

Суицидальные проявления и попытки чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности, в ответ на конфликтные ситуации, вследствие сексуальных проблем, присущих этому возрасту, а также связаны с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. Суицидальные покушения и завершённые суициды чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения из учебного заведения, измены и др. (Федотов Д.Д., 1978)

Выделяют основные социальные факторы, определяющие причины суицидального поведения (А.А.Султанов, 1983):

- дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место подростка в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний;
- конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения;
- алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации предпосылок для быстрой ее реализации.

Кроме этого, можно выделить социальные факторы, определяющие вероятность суицидально-

го риска:

- возраст от 13 до 24 лет, критический с точки зрения высоких требований к адаптационным механизмам личности, предъявляемых именно в этом возрасте («пики возрастной суицидальности»: у мальчиков «пик суицидальности» приходится на 9 – 14 лет, у девочек – на 15 – 18 лет);
- особенности внутрисемейных отношений в семьях с разным социальным статусом;
- суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
- суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц (кумиры, авторитеты и др.).

Социально-психологические типы семей:

1. Дезинтегрированные семьи. Этот тип семьи характеризуется отсутствием эмоциональной и духовной сплоченности, здесь легче всего возникают суицидоопасные состояния.

2. Суперинтегрированная семья, где нарушается чувство личной автономности ее членов, которые настолько «вжились» друг в друга, что не мыслят жить врозь, отдельно. В такой семье смерть одного обнажает абсолютную беспомощность другого.

3. Дисгармоничная семья, характеризующаяся рассогласованием целей, потребностей и мотиваций ее членов, отсутствием взаимной ориентации на общность и согласие, нежеланием поступиться собственными интересами и привычками. В таких семьях лидирующий член семьи постоянно навязывает остальным свои привычки, требует изменить поведение, стремится заставить всех членов семьи вести себя в соответствии с неприемлемыми для них ценностными ориентациями.

4. Закрытая самодостаточная семья, для членов которой семья является основной сферой приложения сил, единственным смыслом жизни; все остальное – работа, внесемейные отношения и пр. – рассматривается лишь как средство для поддержания и обеспечения семейного благополучия. Какой-либо кризис в главной сфере жизнедеятельности – семье – грозит обернуться для ее членов суицидоопасной ситуацией.

5. Консервативная семья, основной особенностью которой является неспособность членов семьи сохранить сложившуюся коммуникативную структуру под давлением внешних авторитетов. Если один из членов такой семьи оказывается вовлеченным в конфликт, развернувшийся вне семьи, другие члены семьи в силу своих консервативных установок не могут прийти ему на помощь и дистанцируются от конфликта или принимают сторону противника. Подобная ситуация может восприниматься как предательство и привести к самоубийству.

1.2. МЕТОДЫ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Социально-психологическая адаптированность личности – комплекс личностных факторов, определяющий адекватное заданным условиям среды поведение подростка, его эффективное взаимодействие со средой и успешную деятельность без значительного психического напряжения.

Выделяют следующие механизмы социально-психологической адаптации личности:

- когнитивный – включает все психические процессы, связанные с познанием: ощущение, восприятие, представление, память, мышление, воображение и т.д.;
- эмоциональный – включает различные чувства, эмоциональные состояния: беспокойство, озабоченность, сочувствие, осуждение, тревога и т.д.;
- поведенческий – определенная целенаправленная деятельность человека в социальной практике.

Для реализации программ социальной реабилитации подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением, необходимо выявить, от чего зависит его адаптивность, к чему следует готовить и как наиболее целесообразно реализовать социализацию в условиях учреждений социального обслуживания семьи и детей.

Процесс социальной адаптации подростков проходит на трех уровнях:

- общество (макросреда) – адаптация личности к особенностям социально-экономического, политического, духовного и культурного развития общества;
- социальная группа (микросреда) – адаптация подростка с социальной группой (семья, классный коллектив, неформальное сообщество и др.);
- сам индивид (внутриличностная адаптация) – стремление достичь гармонии, сбалансированности внутренней позиции, и ее самооценка с позиции других индивидуумов.

Социальная адаптация направлена на восстановление норм, социально-полезных отношений с социальными субъектами (группами и отдельными ее членами), изменение в позитивном плане общения, поведения, деятельности. Психологическая адаптация направлена на усвоение социально полезных стандартов поведения и ценностных ориентаций, сближение установок и направленности личности с ожиданиями социальной среды. Социальная и психологическая стороны адаптации находятся в неразрывном единстве, хотя иногда могут не совпадать.

Социальная адаптация на уровне отдельных личностей включает:

- 1) реализацию механизма взаимодействия личности с микросредой путем определенного приспособления к ней через общение, поведение, деятельность;
- 2) усвоение норм, моральных ценностей ближайшего позитивного социального окружения путем их рационального осознания или путем интериоризации;
- 3) достижение состояния адаптированности субъекта путем установления динамичного равновесия между его личностными установками и ожиданиями социальной среды при наличии контроля с ее стороны.

Модель социально-психологического сопровождения подростков с суицидальным поведением в условиях учреждений социального обслуживания включает в себя взаимосвязь компонентов:

- целевого,
- диагностико-прогностического;
- содержательно-проблемного,
- организационно-технологического;
- результативно-интегративного.

Реализация модели основывается на принципах личностно-ориентированного подхода, объективности, системности, интенсивности, ценностях гуманизма, милосердия, уважения личности каждого.

Социализация подростков сложный непрерывный процесс, при котором, с одной стороны, потребности отдельно взятой личности адаптируются к потребностям общественным, но эта адаптация носит не пассивный характер, приводящий к конформизму, это активный творческий процесс присвоения общечеловеческих ценностей, когда индивид проявляет всю мощь своих сущностных сил,

добровольно выстраивая свою роль в обществе, самоактуализируясь.

С другой, общество формирует норму морали и поведения, педагогически целесообразных форм отношений между людьми в семье, в школе, в досуговых учреждениях, в иных окружающих человека социальных средах. В подростковом возрасте характерно стремление к успеху, признанию. Непонимание окружающих, непризнание воспринимаются как личная неудача.

Для успешной социализации несовершеннолетнего специалистом социальной службы используются механизмы социальной поддержки и поощрения:

- 1) убеждать подростков, что уверенное поведение поощряется средой;
- 2) создавать ситуации, в которых подростки будут чувствовать себя абсолютно понятыми и оцененными как личности, могут снизить свою агрессивность и посмотреть объективно на свои реальные мысли, чувства, потребности, возможности;
- 3) сужать круг людей, на отрицательные и негативные оценки которых ориентирован подросток.

Социальная поддержка ребенка представляет собой особый вид деятельности, направленный на выявление и разрешение проблем ребенка с целью достижения социальной адаптивности и рассматривается как совместное движение специалиста и подростка в развитии новых качеств личности, обеспечение наиболее целесообразного его самопроявления в выполнении творческих заданий. Смысл социального сопровождения состоит не только в преодолении трудностей, препятствий в выполнении реабилитационных заданий, но и в том, чтобы помочь подростку овладеть способами выявления возникающих проблем, их осмысления, самостоятельного поиска путей преодоления трудностей, развития инициативности и активного самопроявления.

Социально-психологическое сопровождение формирования социальной адаптивности подростков с суицидальным поведением – это процесс познания подростков, диагностики их проблем, прогнозирования перспектив социального развития, возможных социальных проблем и обеспечения их самостоятельного преодоления, самопроявления, формирование у них умений и навыков социальной безопасности, а также создание соответствующих ситуаций, стимулирующих их самореализацию, социализацию, адаптацию.

Социально-педагогическое сопровождение формирования социальной адаптивности осуществляется специалистом, который знает проблемы подростков и способы оказания профессиональной помощи в их преодолении, привлекая при необходимости других специалистов.

Особенностью профессиональной деятельности специалиста социальной службы в процессе сопровождения выступает умение работать с родителями (членами семьи), включать их в технологию социального сопровождения, добиваясь от них активного участия. Действенное социальное сопровождение, формирование социальной адаптивности подростка с суицидальным поведением, в реабилитационном процессе возможно только при участии семьи. Это обуславливает необходимость разработки в системе сопровождения адресных программ, обращенных к поддержке семьи в целом.

Технология сопровождения социальной адаптации подростков, включает следующие этапы:

1. Изучение подростка с суицидальным поведением и составление его социально-психологической характеристики.
2. Разработка реабилитационного маршрута (плана) социализации, включающего создание ситуаций, максимально приближенных к реальной действительности и учитывающих потребности и возможности подростка.
3. Прогнозирование возможных проблем в реализации маршрута (плана).
4. Определение перспектив социального сопровождения процесса социализации.
5. Поэтапная реализация социального сопровождения.
6. Оценка результата и определение перспектив дальнейшего сопровождения.

Социально-педагогическое сопровождение социализации может предусматривать специальные меры, призванные не только компенсировать, но и корректировать опыт подростка.

Оказание адресной помощи, работа со случаем, с сетью контактов является также одним из основополагающих принципов при организации помощи детям и семьям, с высокой степенью суицидальных рисков.

Для получения результатов, работать только с ребенком или только с его семьей не достаточно. Решая проблемы ребенка, необходимо построить работу так, чтобы была охвачена вся сеть социаль-

ных контактов ребенка.

Очень часто ресурсы, способствующие преодолению психологических или социальных проблем, находятся в той системе, в которой ребенок живет с самого рождения или просто находится достаточно долго. Воздействуя на ребенка изолированно, мы часто достигаем результатов, которые заметны, пока рядом специалист, работающий с ним.

Система социальных связей человека, сеть его социальных контактов представляет собой ту силу и опору, которая сама по себе является ресурсом, может помочь мобилизовать имеющиеся ресурсы личности и в дальнейшем сохранить достижения.

Метод изучения социальных контактов успешно используется в учреждениях социальной защиты при работе с детьми и подростками.

В отличие от личностно-центрированного подхода, в реабилитационное пространство вовлекаются люди из ближайшего окружения ребенка.

Реабилитационная работа с сетью контактов подростка решает следующие задачи:

- включение механизмов «самоисцеления» в социальных системах, в которые входит ребенок;
- реабилитационная работа не должна быть ограничена временем пребывания в учреждении;
- целесообразно рассмотреть дальнейшую социальную перспективу ребенка.

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

2.1. ОСНОВЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ

При психологическом консультировании подростков, имеющих в анамнезе суицидальные проявления, попытки или покушения, необходимо опираться на знания об особенностях возрастного периода. Подросткам свойственна повышенная впечатлительность и внушаемость, способность ярко чувствовать и переживать. Для них характерна склонность к колебаниям настроения, отсутствие или слабость критического мышления, импульсивность в принятии решений, эгоцентризм. Нередко суицидальные проявления подростков обусловлены гневом, протестными реакциями, злобой или желанием наказать себя и других. В подростковом возрасте возникает повышенная склонность к самоанализу, пессимистической оценке окружающего и своей личности.

Консультирование начинается с **ОРГАНИЗАЦИОННО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЭТАПА**.

Принципы консультирования на этом этапе:

- принцип непрерывности в терапии;
- принцип преемственности содержания встреч (сессий).

Цели консультирования на этом этапе:

- максимально «затянуть» процесс исполнения суицидентом своих намерений;
- установить эмпатический контакт с суицидентом;
- вызвать надежду на улучшение (кризисные интервенции);
- получить информацию, позволяющую оценить степень суицидального риска в настоящее время и ближайшее будущее.

Задачи специалиста на этом этапе:

- «оттянуть время»;
- дождаться окончания опасного периода;

На начальном этапе подростки, пришедшие на консультацию, не имеют представления о том, как будет проходить работа. Необходимо вовлечь суицидента в терапевтический процесс, пробуждать и поддерживать интерес к терапии и желание узнавать, что будет дальше, куда его ведет специалист. Например, «Вы затронули очень интересную тему. У меня есть некоторые соображения на этот счет, но я расскажу вам о них на следующей сессии» и т.д.

• эмпатический контакт – безоценочное слушание, поддержка желания выговориться; Специалист не форсирует события, не торопится получить всю информацию сразу, даже если она покажется не полной.

- кризисные интервенции.

Здесь важно понять, в какой степени суицидент готов сотрудничать со специалистом, т.е. «бороться за свою жизнь». Если специалист наблюдает депрессивные маркеры в поведении и высказываниях подростка, следует рассмотреть вариант сотрудничества с психиатром, для принятия решения о необходимости медикаментозного лечения (если этого не было ранее) или о его продолжении.

Одним из факторов суицидальных намерений является депрессия. Течение депрессии у подростков очень схоже с течением у взрослых, но подростки и дети могут испытывать свои эмоции более интенсивно и с более сильными внешними проявлениями. Также они крайне редко в подобных состояниях обращаются за помощью к окружающим. Нередко проблемой является и то, что у многих врачей, психологов и специалистов по социальной работе возникают сложности с выявлением симптомов на ранних этапах.

Симптомы подростковой депрессии:

Эмоциональные проявления:

- проявление чувства печали или тоски, в том числе – беспричинный плач;
- раздражительность, гневливость при высказываниях;

- высказывания о собственной бесполезности, виновности, фиксация на прошлых неудачах, чрезмерная самокритика;

- затруднения в мышлении, концентрации внимания, принятии решений, воспроизведении воспоминаний о прошедших событиях, трудности сосредоточения;

- постоянное ощущение, что настоящая и будущая жизнь мрачная и безрадостная

Особенности поведения:

- жалобы на хроническую усталость и апатию;

- нарушения сна (инсомния или гиперсомния);

- нарушение пищевого поведения: снижение аппетита и малый вес, или увеличение аппетита и избыточный вес;

- прием алкоголя или наркотиков;

- агитация (беспокойство) – например, неусидчивость, выкручивание рук и т.д.;

- замедленное мышление, речь или движения тела;

- жалобы на боли в теле или головные боли;

- неопрятный и неряшливый внешний вид, например, грубое несоответствие элементов одежды, растрепанные, невымытые волосы.

Специалисту стоит обратить на это внимание. При переживании депрессивного состояния необходимо наблюдение психиатра, в том числе и при агитированной депрессии, а также при выходе из депрессивного состояния, когда повышается активность суицидента, а его эмоциональное состояние остается подавленным.

Для работы с суицидентами рекомендован следующий психодиагностический инструментарий:

- 1) прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н.Волкова);

- 2) опросник суицидального риска (модификация Т.Н.Разуваевой);

- 3) методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б.Шнейдер);

- 4) тест «Ваши суицидальные наклонности» (З.Королёва);

- 5) шкала безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974);

- 6) диагностика враждебности (по шкале Кука-Медлей);

- 7) методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М.Фергюсона;

- 8) «Одиночество» – опросник С.Г.Корчагиной;

- 9) модификация опросника Г.Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста;

- 10) выявление суицидального риска у детей (А.А.Кучер, В.П.Костюкевич).

Итоги консультирования на этом этапе:

- выработка конкретного плана действий;

- оценка риска самоубийства.

ВТОРОЙ ЭТАП – ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ.

На этом этапе осуществляется психологическая поддержка и психологическое вмешательство.

Психологическая поддержка

В рамках психологической поддержки наблюдение за подростком (и родителями, если это возможно) в течение двух – трех встреч позволяет более тщательно оценить его состояние и выявить факторы, поддерживающие это состояние, а также более детально обсудить возможные риски и побочные эффекты. Таким образом, выжидательное наблюдение и психологическую поддержку можно считать эффективными стратегиями при низком суицидальном риске и нетяжелой депрессии.

Психологические вмешательства

Когнитивно-поведенческая терапия (КБТ) и межличностная психотерапия (МЛП), по мнению Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah, Jing Liu, могут быть использованы в консультировании подростков с суицидальным поведением. Количество сессий может быть определено потребностями подростка, тяжестью суицидального риска и другими релевантными факторами. Релевантными факторами реакции на все виды психологического вмешательства являются квалификация психолога и сила альянса психолог-ребенок.

Когнитивно-поведенческая терапия (КБТ)

КБТ основана на предположении, что состояние подростка связано с поведением и его мыслями, и что изменение поведения и когнитивных паттернов приведет к ослаблению отрицательных эмоций и улучшению функционирования. Люди подвержены воздействию множества стрессоров и автоматически реагируют на них чувствами; у подростков эти автоматические реакции крайне негативны, часто катастрофичны: «я никому не нравлюсь», «я ни на что не способен», «я хочу умереть». Такие депрессивные мысли и последующие действия ухудшают их самочувствие, генерируя порочный круг: печальные чувства приводят к нереалистично негативным мыслям и действиям.

Цель терапии состоит в том, чтобы разорвать этот порочный круг через осознание, что чувства, мысли и действия связаны между собой, и развитие стратегий более позитивных паттернов мышления и поведения приведет к более позитивным чувствам (Langer et al, 2009).

Первая цель КБТ состоит в том, чтобы помочь подростку идентифицировать связь между настроением, мыслями и совершаемыми им поступками (например, разговор с другом по телефону улучшает настроение) и поставить под сомнение некоторые из его негативных убеждений; одновременно с этим увеличивать число занятий, доставляющих радость и удовольствие, используя стратегию составления графика приятных занятий. Как правило, это требует заполнения дневника настроения. Вторая цель заключается в том, чтобы помочь подростку научиться распознавать полезные и бесполезные мысли, формировать стратегии генерирования более полезных мыслей и применять на практике полезные паттерны мышления в ответ на стрессовые ситуации (когнитивное реструктурирование). Третья цель состоит в том, чтобы вооружить подростка навыками построения и поддержания взаимоотношений с помощью тренировки социальных, коммуникационных навыков и уверенного поведения.

«Типичная сессия КБТ начинается с совместной постановки задачи на данную сессию, обзора выполнения домашнего задания за прошедшую неделю, изучения и тренировки текущего когнитивно-поведенческого навыка, направленного на решение кризиса и проблем, возникших у подростка в течение прошедшей недели, помощи в закреплении навыков, приобретенных в течение сессии и постановке практических/домашних заданий» (Langer et al, 2009).

Межличностная психотерапия (МЛП)

Межличностная психотерапия делает акцент на важности межличностных взаимоотношений и на том, что люди испытывают дистресс, когда происходят нарушения в их значимых отношениях. Это приводит к потере социальной поддержки, что в свою очередь вызывает и поддерживает депрессивные и разрушительные эмоции. Психологи и психотерапевты, проводящие МЛП, не пытаются глубоко исследовать прошлое подростка, а наоборот, фокусируются на текущих межличностных конфликтах и, работая с подавленными навыками межличностного взаимодействия подростков, пытаются улучшить их взаимоотношения. МЛП имеет много общего с КБТ.

Цели терапии:

- связать настроение с межличностными событиями, происходящими в определенный момент времени;
- поощрять участие в доставляющих удовольствие занятиях как средство улучшения настроения.

Однако при проведении МЛП усилия фокусируются на межличностных проблемах (например, исследовании и модификации не способствующих адаптации коммуникативных паттернов и межличностных взаимоотношений) и на обучении подростков, как с ними конструктивно справляться.

Техника помощи подростку в решении проблем структурированным путем

1. «В чем проблема?» – попросите подростка написать об этом.
2. «Напиши все возможные способы ее решения – составь список всех возможных решений». Подросток должен написать все возможные решения, которые придут ему в голову, не оценивая их (т.е. как хорошие, так и плохие, как реалистические, так и фантастические).
3. «Выбери каждое возможное решение из списка и обдумай все аргументы за и против» – пусть подросток рассмотрит все «+» и «-» по каждому решению.
4. «Какое решение наиболее практично?» – попросите подростка выбрать наиболее практичное решение.
5. «Составь план, как обеспечить выполнение наилучшего решения, и какие для этого нужны

резервы». Каждый пункт плана тщательно обсуждаете, возможно, придется отрепетировать с подростком трудные шаги.

6. «Резюме». После того, как подросток реализует выбранное решение, проведи обзор его действий и похвали за все затраченные усилия. Если решение не сработало, повтори все шаги сначала и найди альтернативное решение.

2.2. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ГРУППОВОГО КРИЗИСНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Специалисту социальной службы, оказывающему кризисное консультирование, необходимо различать понятия «кризис» и «кризисная ситуация».

Традиционно понятие «кризис» связано с психологией развития, в рамках которой кризис понимается как дискретный момент развития личности, как переходный период между возрастными этапами человеческой жизни. Такие кризисы принято считать нормативными, поскольку они сопровождают человека на протяжении всей его жизни.

Другое понимание кризиса возникло в клинической психологии, в рамках которой кризис характеризуется как состояние экстремального напряжения сил для преодоления принципиально новых препятствий, опасных для здоровья или жизни человека. Такими препятствиями могут являться, например, катастрофические события, тяжелые заболевания и так далее. Характерным для кризисного переживания такого типа является наличие угрозы для жизни, психического или физического здоровья.

В любом кризисе, связан ли он с процессами взросления и развития или возникает в острой катастрофической ситуации, человек сталкивается с сильными переживаниями. Наиболее острыми среди них выступают переживания невозможности: невозможность существовать прежним, известным человеку способом, невозможность реализовывать свои мотивы, стремления и ценности, невозможность преодолеть кризис способами, известными из прошлого опыта. Кризис разворачивается в пространстве самой жизни, затрагивая жизнь как целое, жизненный замысел. Трудность, сложность и невозможность прежнего способа существования подталкивают человека искать новые формы и способы видения мира и межличностных отношений. Преодоление кризиса всегда приводит к переходу на другой уровень психологического функционирования.

Кризисное событие, в таком случае, – это такое значимое для субъекта изменение в окружающей действительности (внутренней и внешней), которое приводит к невозможности реализации его жизненно важных процессов.

Любая ранящая подростка ситуация вызывает изменения в его чувствах, поведении и мыслях и может привести к суицидальным намерениям и поведению. Такие подростки нуждаются в кризисной помощи. Кроме того, кризисную помощь необходимо оказать и родителям (или другим значимым взрослым).

Кризисная помощь – это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса. Структура кризисной психологической помощи включает: человека, нуждающегося в кризисной помощи, профессионала, способного оказать такую помощь, и договоренностей между ними об осуществлении (получении) такой помощи. как равнозначные).

В кризисной ситуации возможны два вида психологической помощи: кризисное консультирование и кризисная психотерапия. Кризисное консультирование, как правило, недолгосрочно, и чаще всего основывается на тактиках информирования. Кризисное консультирование производится тогда, когда трансформации подконтрольны человеку, и он в силах самостоятельно справиться с ними, поэтому такое консультирование может осуществлять специалист помогающей профессии: не только психолог, но и специалист по социальной работе, социальный педагог.

Если же негативные изменения приобретают длительный, затяжной характер и оказываются вне зоны самостоятельного контроля, то возникает необходимость в профессиональной психотерапевтической помощи.

Кризисная психотерапия в отличие от консультирования более долгосрочна, включает работу с состоянием обратившегося, оценку психической динамики его состояния на протяжении всего курса встреч. В кризисной психотерапии большая роль отдается исследованию отношений, развивающихся между клиентом и специалистом, учитывается динамика этих отношений.

Основные принципы кризисной психологической помощи.

1. Эмпатический контакт. Под эмпатией понимается способность сопереживать, чувствовать то, что чувствует другой человек, видеть мир его глазами. Эмпатия не допускает формального отношения к человеку. Развитие эмпатии предполагает возможность выйти за пределы традиционных взаимоотношений и проникнуть в глубину человеческого страдания. Когда эмпатия объединяется с

искренним стремлением усилить веру пострадавшего в себя, в свои собственные возможности, возникают изменения.

2. Слушание и понимание. Оказывая кризисную помощь, важно не просто придерживаться схемы консультирования. Профессионалу очень важно не только разобраться в психологических проблемах пострадавшего, но и оценить его потенциал прежде, чем применять ту или иную методику работы.

3. Объективность и реалистичность. Прежде чем оказывать какую либо помощь, важно понять структуру кризисной ситуации, определить потребности обращающегося за помощью.

4. Высокий уровень активности специалиста. Специалисту важно проявлять активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис. Важно обнаружить тот способ и уровень контакта, который доступен клиенту.

5. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной психологической помощи – предотвращение кризисных последствий. Поэтому специалисту важно поддержать восстановление психологического равновесия клиента.

6. Экологичность. Оказывая помощь, важно помнить принцип «не навреди». Важно тщательно выбирать техники и приемы кризисной работы, не провоцируя и не усиливая тяжести состояния. Кроме того, важно помнить, что кризисная помощь представляет собой частичный вклад в восстановление психического здоровья клиента. В связи с этим, необходимо взаимодействовать с другими помогающими специалистами, учитывая их вклад.

7. Ориентация на личностный рост и развитие. Кризисное состояние должно рассматриваться не как болезнь, а как нормальная реакция на ненормальные обстоятельства. Кризис – это процесс личностного развития, в том случае, если он будет преодолен позитивно, то личность перейдет на качественно новую ступень. Следовательно, реабилитационную работу следует рассматривать как помощь процессу личностного развития, а не как лечение.

8. Уважение. Человек, переживающий кризис, кризисную ситуацию, воспринимается как знающий, вполне компетентный, независимый, стремящийся обрести уверенность в себе, сделать самостоятельный выбор.

9. Поддержка. При работе по преодолению кризиса специалисту важно в первую очередь сосредоточиться на восстановлении системы поддержки и самоподдержки пострадавшего.

Кризисная работа предъявляет особые требования к личности специалиста. Эти требования можно объединить в три группы.

1) Профессиональная компетенция. Важно, чтобы специалист обладал высокой компетенцией, хорошо разобрался в механизмах возникновения кризисной ситуации, мог дифференцировать вид кризиса, его тяжесть и этап, замечать его феноменологию.

2) Личностная компетенция. Предполагает способность специалиста сохранять эмоциональную устойчивость при взаимодействии с клиентом, умел слушать, вовремя замечать изменения своего состояния. Отмечать у себя как излишнюю включенность, так и отстраненность от чувств обращающегося за помощью. Важно, чтобы специалист был достаточно зрелым и имел свой собственный опыт совладания с кризисными ситуациями.

3) Профессиональность специалиста определяется так же его способностью и открытостью для собственных обращений за психологической и супервизорской помощью. Супервизия – это процесс обсуждения сложных моментов работы с другим профессионалом.

Первая кризисная помощь при потенциальном суициде – это распознавание суицидальной опасности, разговор с суицидентом о его намерениях. Одно из важных отличий суицидоопасного состояния – ощущение себя «вне» общества. В связи с этим, важнейшим принципом кризисной поддержки при суициде является не избегание темы суицида.

Первый контакт. Первому контакту в кризисной помощи придается большое значение: от того как пройдет эта встреча, может зависеть дальнейшая работа. Особое место проблема первого контакта занимает в ситуациях оказания неотложной кризисной помощи по факту кризисного события, в том числе суицидальной попытки, поскольку переживания участников событий являются свежими, высок уровень гнева, агрессии, недоверчивости, что исключает возможность использования специальных техник и приемов работы. Именно поэтому активное слушание и возвращение некоторых фраз остаются наиболее подходящими способами для установления контакта. Важно дать возможность людям

разрядить гнев. Главными на первой встрече являются установление безопасности.

Каков бы ни был психологический метод, используемый специалистом, работа с кризисным клиентом должна подчиняться следующим основным правилам:

1. Постепенное завоевание доверия клиента с учетом того, что у него наблюдается утрата доверия к миру.
2. Повышенная чувствительность к процессам клиента.
3. Создание надежного окружения для клиента во время проведения психотерапии.
4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности клиента.
5. Исключение возможных источников опасности в реальной жизни клиента (План безопасности).

ГРУППОВАЯ КРИЗИСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Работа с суицидальными клиентами может проводиться также в рамках групповой кризисной терапии. В качестве показаний для групповой кризисной терапии выделяются следующие:

- наличие суицидальных тенденций или высокая вероятность их возобновления при ухудшении кризисной ситуации;
- выраженная потребность в психологической поддержке и практической помощи, установлении значимых отношений взамен утраченных, необходимость создания жизненной оптимистической перспективы, разработки и опробования новых способов адаптации;
- готовность обсуждать свои проблемы, рассматривать и воспринимать мнение участников группы с целью перестройки, необходимой для разрешения кризиса и профилактики его рецидива в будущем.

Необходимо помнить, что в кризисной группе суицидальное поведение одного из участников сравнительно легко может актуализировать аналогичные тенденции у остальных членов группы, поэтому окончательные показания для групповой терапии устанавливаются на основании наблюдения за поведением суицидента на первом групповом занятии и знакомства с его субъективными переживаниями, связанными с участием в группе. Для этого в ходе предварительной беседы с клиентом оговаривается, что его первое участие в занятиях группы является пробным и обсуждение вопроса о методах его дальнейшей поддержки состоится после этого занятия.

Размеры кризисной группы ограничиваются десятью участниками. В группу обычно включаются два клиента с высоким суицидальным риском, поскольку взаимная идентификация способствует публичному раскрытию и обсуждению ими своих суицидальных переживаний. Однако ситуация с тремя и более подобными клиентами в группе представляет собой трудноразрешимую проблему: они потребуют слишком много времени и внимания в ущерб остальным членам группы и создадут тягостную пессимистическую атмосферу, чреватую актуализацией суицидальных переживаний у других участников.

Состав группы разнороден по возрасту и полу, что снимает представление о возрастной и половой уникальности собственных кризисных проблем, расширяет возможность взаимодействий. Групповые занятия проводятся до 5 раз в неделю и длятся 1,5 – 2 часа. С учетом того, что обычные сроки разрешения кризиса составляют 4 – 6 недель, курс групповой кризисной терапии равен в среднем одному месяцу. За такой срок может произойти сплочение группы на основе общих кризисных проблем.

Общение участников группы вне занятий поощряется, в отличие от традиционной групповой терапии пограничных состояний, где оно обычно запрещается.

Группа является открытой, т.е. еженедельно из нее выбывают, в связи с окончанием срока терапии, один - два участника, и соответственно, она пополняется новыми.

Открытость группы, создавая определенные трудности для сплоченности, позволяет в то же время решать ряд важных терапевтических задач. Так, участники, находящиеся на более поздних этапах выхода из кризиса, своим успешным примером ободряют вновь поступивших, помогают созданию у них оптимистической восстановительной перспективы. Кроме того, в открытой кризисной группе легче осуществляется когнитивная перестройка путем взаимного обогащения жизненным опытом, обменом различными способами адаптации. В открыто-конечной группе более опытные клиенты об-

учают вновь поступивших участников приемам выхода из кризиса.

Ориентированность групповой кризисной терапии на проблемы требует фокусирования занятия на кризисной ситуации, поэтому позиция ведущего группы в отличие от традиционной групповой психотерапии в известной мере является директивной. Тренер в кризисной группе чаще прибегает к прямым вопросам, предлагает темы дискуссий и способы решения проблем.

На этапе кризисной поддержки важное значение придается эмоциональному включению суицидента в группу, что обеспечивает ему эмпатическую помощь членов группы, способствует ликвидации у него чувства безнадежности, а также представления об уникальности и непереносимости собственных переживаний.

На первых занятиях клиент делится суицидальными переживаниями с другими членами группы, имеющими подобные переживания или столкнувшимися с ними в недавнем прошлом. В результате существенно облегчается отреагирование, что приводит к снижению аффективной напряженности. Актуализируются антисуицидальные факторы, что способствует мобилизации личностной защиты. Этап кризисного вмешательства посвящен поиску оптимального способа разрешения кризиса. В процессе проблемных дискуссий достигается распознавание суицидентом своей неадаптивной установки, препятствующей использованию необходимых способов разрешения кризисной ситуации.

Групповая терапия с суицидальными клиентами имеет преимущества по сравнению с индивидуальным кризисным вмешательством. Благодаря обмену жизненным опытом, происходящему между членами группы, репертуар навыков адаптации при групповой терапии становится богаче, чем при индивидуальной работе. В группе «товарищей по несчастью» суицидент лучше принимает советы партнеров по восстановлению и поддержанный ими активнее испытывает новые способы адаптации. Группа дает суициденту возможность оказывать помощь другим участникам, ощущая при этом чувство компетентности и нужности, крайне ценное для преодоления кризиса.

В фазе окончания терапии, на последнем занятии, суммируются достижения суицидента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы. Сохранение контакта окончивших терапию клиентов друг с другом и с продолжающими работу в группе поощряется, в частности – их взаимопомощь. Для клиентов с чувством неполноценности, низкой самооценкой, составляющих значительную часть суицидентов, подобная возможность особенно важна для повышения уверенности в себе, она также помогает в будущем отказаться от чрезмерно зависимой позиции в межличностных отношениях. Следует отметить, что несмотря на ряд ценных возможностей помочь во время кризиса и снизить риск суицида в будущем, групповая форма работы существенно усложняет работу специалиста. Выраженная потребность кризисных клиентов в психологической поддержке может приводить к эмоциональной перегрузке специалиста, которому, кроме того, необходимо следить за индивидуальными кризисными ситуациями членов группы в условиях их частой смены, учитывать возможность незаметного негативного влияния клиентов друг на друга, предупреждать распространение в группе агрессивных и аутоагрессивных тенденций. Поэтому с целью уменьшить нагрузку практикуется совместное ведение кризисной группы с котерапевтом.

Фундаментальное правило в работе с кризисным переживанием – принимать тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает.

ГЛАВА 3. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РАЗЛИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

3.1. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

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

Работа реализуется в 3 этапа:

1 этап

На этапе первичной профилактики или превенции работа проводится с людьми, не имеющими суицидальных мыслей и намерений, с целью минимизации возможного риска возникновения суицидальных намерений в будущем у психологически благополучных субъектов.

Одним из основных направлений работы на уровне первичной профилактики является снижение уровня социально-психологической дезадаптации несовершеннолетних.

2 этап

На этапе вторичной профилактики или интервенции специалисты организаций социального обслуживания оказывают социально-психологические услуги находящимся в кризисной ситуации лицам с выявленными суицидальными намерениями и попытками самоповреждения.

Наличие у гражданина психологического состояния, представляющего угрозу для его жизни и здоровья, в том числе наличие суицидальных намерений (вследствие межличностных конфликтов, психологических травм, пережитых кризисных ситуаций) (Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»).

3 этап

На этапе третичной профилактики или поственции организаций социального обслуживания оказывают социально-психологические услуги несовершеннолетним, совершившим попытку суицида и (или) эмоциональное воздействие на значимых других самоповреждающим поведением, и их близким. Работа ведется в рамках Межведомственного стандарта (на 1 и 2 этапах комплексной помощи – «Кризисное вмешательство» и «Повышение уровня адаптации») – и предусматривает оказание социально-психологических услуг в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг, а также срочной социальной услуги «Содействие в получении экстренной психологической помощи с привлечением к этой работе психологов и священнослужителей».

3.2. СТРУКТУРА МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основным понятием при организации межведомственной работы является комплексность помощи. Именно эту комплексность и закрепляет Комплексом мер по оказанию помощи (медицинской реабилитации, социально-психологической, психолого-педагогической помощи) несовершеннолетним, пережившим суицидальную попытку.

Комплекс мер определяет содержание и сроки комплексной помощи, направленной на профилактику совершения несовершеннолетними повторных суицидальных действий.

Медицинская реабилитация – система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи несовершеннолетним, пережившим суицидальную попытку.

Социально-психологическая помощь – система мероприятий, направленных на восстановление социальных связей несовершеннолетнего, пережившего суицидальную попытку, мобилизацию социального окружения несовершеннолетнего и его семьи, коррекцию межличностных семейных взаимоотношений и взаимодействия членов семьи.

Психолого-педагогическая помощь – формирование у несовершеннолетних жизненных качеств, позволяющих сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития.

Помощь несовершеннолетним, пережившим суицидальную попытку, оказывается специалистами системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Комплексная помощь (медицинская реабилитация, социально-психологическая, психолого-педагогическая помощь) осуществляется в течение периода от 6 месяцев до 1 года и далее в сроки, необходимые для устранения причин и условий, способствующих суицидальному поведению, а также для преодоления и устранения негативных последствий суицидальной попытки для физического и психического здоровья несовершеннолетнего.

Результатом оказания помощи является стабилизация психоэмоционального состояния несовершеннолетнего, мобилизация его физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов для выхода из кризисного состояния, расширение диапазона приемлемых средств для самостоятельного решения возникающих проблем и преодоления трудностей, укрепление уверенности в себе.

Межведомственное взаимодействие – совместные согласованные действия (решения) субъектов (участников) межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики суицидального, аутоагрессивного поведения несовершеннолетних. Субъекты (участники) межведомственного взаимодействия по вопросам суицидального поведения у несовершеннолетних – органы власти, учреждения. Объекты профилактики суицидального поведения – подростки, учащиеся образовательных организаций, специалисты (педагоги, психологи, специалисты по социальной работе, медицинские работники), родители (законные представители) несовершеннолетних.

Рекомендации по распределению полномочий субъектов межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних представлены в Межведомственной рекомендации по вопросам профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних (Москва, 2020) и выглядят следующим образом:

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, образовательные организации:

- обеспечение психологического сопровождения обучающихся образовательных организаций
- планирование и проведение мероприятий, направленных на превенцию суицидального поведения у детей и подростков:

- обеспечение необходимой подготовки педагогических работников по вопросам раннего выявления признаков формирования суицидального поведения у обучающихся

- обеспечение информирования родительской общественности в вопросах выявления и предупреждения суицидальных настроений у детей и подростков, а также службах экстренной психологической и медицинской помощи.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, медицинские организации:

- участие в выявлении несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению
- оказание специализированной медицинской помощи несовершеннолетним с отклонениями в поведении (в том числе с признаками суицидального поведения либо совершившим попытку суицида)
- организация обучения работников образовательных организаций, специализированных организаций для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, и обучающихся (воспитанников) по оказанию первой неотложной помощи при кризисных состояниях
- организация информирования несовершеннолетних и их родителей об оказании медицинской помощи несовершеннолетним с кризисными состояниями и суицидальным поведением
- осуществление индивидуального консультирования несовершеннолетних и их родителей по вопросам выявления и профилактики суицидального поведения несовершеннолетних
- выявление и лечение психических расстройств и состояний, сопровождающихся развитием суицидального поведения
- участие в проведении информационных семинаров, конференций, заседаний круглых столов, рабочих групп по вопросам суицидологии (обучение методам ранней диагностики (распознавания) суицидального поведения несовершеннолетних, комплексной реабилитации и сопровождения несовершеннолетних)
- оказание специализированной медицинской помощи несовершеннолетним с отклонениями в поведении (в том числе с признаками суицидального поведения либо совершившим попытку суицида)

Территориальные органы Министерства внутренних дел Российской Федерации на региональном уровне:

- проведение оперативных мероприятий, направленных на выявление лиц, склоняющих несовершеннолетних к суициду или совершающих в отношении несовершеннолетних другие противоправные деяния
- принятие мер по привлечению к ответственности, предусмотренной действующим законодательством, лиц склоняющих несовершеннолетних к суициду или совершающих в отношении несовершеннолетних другие противоправные деяния

Органы управления социальной защитой населения, учреждения социального обслуживания:

- внедрение в деятельность учреждений и служб, предоставляющих социальные услуги несовершеннолетним и их семьям, современных методик и технологий профилактики суицидального поведения
- осуществление контроля за деятельностью учреждений и служб, предоставляющих социальные услуги несовершеннолетним и их семьям по реализации программ социальной реабилитации
- принятие мер по распространению среди несовершеннолетних и их родителей (законных представителей) информации о действующих в регионе службах экстренной психологической помощи детям и членам их семей

Органы по делам молодежи, молодежные организации:

- участие в пределах своей компетенции в разработке программ, реализации мероприятий по профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних
- осуществление мер по вовлечению детей и подростков в проекты в сфере творчества и добровольчества
- осуществление мониторинга распространения в информационно-телекоммуникационных сетях, включая информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, информации, склоняющей или иным способом побуждающей несовершеннолетних к самоповреждающему поведению и самоубийству

Территориальные органы Роскомнадзора:

- информирование органов внутренних дел о фактах выявления Интернет-ресурсов, распространяющих в сети Интернет информацию о суициде, о включении их в Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети Интернет и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети Интернет, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено, для принятия мер оперативного реагирования

Органы опеки и попечительства:

- принятие мер по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних, а также по выявлению случаев склонения либо доведения несовершеннолетних до суицида в процессе проверки условий жизни несовершеннолетних подопечных, соблюдения опекунами и попечителями их прав и законных интересов, выявления наличия признаков физического и (или) психического насилия над ребенком

Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав субъектов Российской Федерации и (или) их «аппараты», территориальные (муниципальные) комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и (или) их «аппараты»:

- в пределах своей компетенции могут привлекаться для проведения мероприятий по профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних.

ЧАСТЬ II. ТЕХНОЛОГИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СИТУАЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ГЛАВА 4. ОПЫТ АЛТАЙСКОГО КРАЯ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

4.1. ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Технология организации межведомственного взаимодействия в настоящее время не регламентирована, но на данный момент в Алтайском уже сложилась система взаимодействия.

Работа по профилактике суицидального и самоповреждающего поведения несовершеннолетних, причин и условий, способствовавших совершению несовершеннолетними суицидальных действий, а также принятие мер реагирования проводится организациями социального обслуживания в рамках компетенции, определенной законодательством о социальном обслуживании, в соответствии с трехуровневой моделью профилактики суицидального поведения, предложенной ВОЗ, Межведомственным стандартом оказания комплексной помощи (медицинской реабилитации, социально-психологической, психолого-педагогической) несовершеннолетним, пережившим попытку суицида, утвержденным приказом Главного управления образования и молодежной политики Алтайского края от 17.02.2015 № 370 (далее – Межведомственный стандарт).

Согласованность работы ведомствами представляется главным вопросом в межведомственном взаимодействии. На краевом уровне такую роль на себя берет Краевая КДН и ЗП Алтайского края и Группа реагирования и проведения анализа суицидального поведения детей и подростков в Алтайском крае, куда входят представители Следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Алтайскому краю, Главное управление МВД России по Алтайскому краю, Министерство здравоохранения Алтайского края, Министерство социальной защиты Алтайского края, Министерство образования и науки Алтайского края.

Данные службы координируют деятельность через разбор случаев попыток самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних при представительстве с привлечением различных ведомств и служб. По итогам разбора случаев принимается решение исходя из полномочий и компетенций, определяется зона ответственности, формулируются задачи и ставятся предварительные цели, а также даются поручения по организации работы со сроками исполнения. Ведущую роль отводится учреждениям и организациям, имеющим возможность отследить изменение состояния и поведения несовершеннолетнего и провести профилактику самоповреждающего и суицидального поведения.

При совершенной попытке самоповреждающего поведения информация как правило поступает в первую очередь в учреждения здравоохранения, полицию и комиссии по делам несовершеннолетних. На данном этапе именно КДН и ЗП может стать информационным звеном в организации комплексного межведомственного взаимодействия. КДН и ЗП имеет необходимые полномочия для привлечения структур различного уровня подведомственности, организации встреч представителей учреждений на базе комиссий и привлечение их в заседаниях с целью полного сбора и владения информацией. Именно Комиссия может стать ключевым звеном взаимодействия на муниципальном уровне. Кроме этого, КДН и ЗП может быть включена в работу в случае отказа родителя (законного представителя) от услуг социальной службы, так как подобный отказ может быть расценен как нарушение прав ребёнка.

4.2. ПОРЯДОК МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СУИЦИДОВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Цель межведомственного взаимодействия: профилактика рецидивного поведения и оказание комплексной социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним в случае незавершенного суицида.

Задачи межведомственного взаимодействия:

- профилактика рецидивного суицидального поведения у несовершеннолетних;
- мотивирование родителей (законных представителей) на защиту интересов ребенка;
- направление детей и родителей в организации и учреждения для получения комплексной социально-реабилитационной помощи;
- разработка и выполнение плана совместных действий специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по проведению индивидуальной социально-реабилитационной работы с детьми-суицидентами, их семьями, социальным окружением;
- организация обмена информацией о несовершеннолетнем в случае незавершенного суицида.

Организации и учреждения, работающие по предупреждению суицидов среди несовершеннолетних.

Работа по предупреждению суицидов среди подростков строится на привлечении специалистов различных служб и учреждений сферы здравоохранения, социальной защиты населения, образования, органов внутренних дел и др., имеющих определенный опыт и квалификацию, обеспечении их взаимодействия и проведении совместных мероприятий.

Приоритетные направления межведомственной деятельности в снижении суицидов в подростковой и детской среде:

а) в сфере образования – предоставление доступной, содержательной информации и воспитание навыков в сохранении личного здоровья; формирование в образовательной среде атмосферы позитивной и активной деятельности, ситуации успеха;

б) в сфере социальной защиты населения – поддержка неблагополучных семей, профилактика беспризорности и сопряженных с ними жизнеразрушающих форм поведения;

в) в сфере здравоохранения – доступность, своевременность и качество оказания медицинской помощи на всех уровнях.

Основные задачи профилактики суицидов в учреждениях образования:

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование более близких отношений с детьми и подростками путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;
- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства
 - токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
 - формирование позитивных потребностей;
 - развитие способности любить и быть любимыми;
 - формирование умения себя занять и трудиться;

- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание);
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: кружки по интересам и спортивные секции, экскурсии и турпоходы, благотворительные акции и т.п.;
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

В образовательных организациях педагоги-психологи и социальные педагоги по профилактике депрессии и суицидов могут использовать следующие направления работы (возраст подростка до 15 лет – с согласия одного из родителей (законных представителей, старше 15 лет – с личного согласия несовершеннолетнего):

- 1) проведение с ребенком работы по снятию негативных эмоций, которые у него накопились;
- 2) оказание помощи ребенку, который не может разобраться в своих чувствах и отношениях;
- 3) обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса;
- 4) оказание подростку социальной поддержки с помощью включения семьи, учебного заведения, друзей и пр.;
- 5) при необходимости – включение подростка в группу социально-психологического тренинга;
- 6) проведение психокоррекционных занятий по повышению самооценки подростка, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии. В образовательных организациях могут быть использованы возможности школьных служб примирения (ШСП) с целью разрешения конфликтных ситуаций, обучения школьников самостоятельному урегулированию конфликтов.

Основные задачи профилактики суицидов в учреждениях социальной защиты населения:

- организация и обеспечение индивидуального сопровождения семьи и ребенка через оказание помощи и предоставление социальных услуг, направленных на выявление и актуализацию внутренних ресурсов семьи по преодолению кризисной ситуации и выводу из социально опасного положения без ущемления прав детей (в том числе использование технологии «ведение случая»);
- информирование родителей о возрастных изменениях, связанных с пубертатным периодом;
- рассмотрение причин суицидальных действий;
- выработка эффективного способа поведения в конфликтных и стрессовых ситуациях.
- во взаимодействии с другими организациями и учреждениями применение необходимых мер по выявлению фактов, мотивов суицидального поведения у несовершеннолетних, внедрение эффективных психологических и психотерапевтических технологий, направленных на предотвращение совершения самоубийств, а также расширение качества и доступности специализированных услуг несовершеннолетним, склонным к суицидальному поведению, и другое.

Координацию действий и профессиональная поддержка на уровне учреждений и организаций непосредственно осуществляющих работу с несовершеннолетними при межведомственном подходе организуют учреждения социальной защиты. Так КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин» являясь Ресурсным центром по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения несовершеннолетних. В сферу обязанностей входит:

- организация разбора случаев при использовании межведомственного подхода с привлечением научных работников;
 - анализ планов работы с несовершеннолетними с самоповреждающим или суицидальным поведением;
 - написание рекомендаций по предоставленным планам;
 - отслеживание динамики и результатов работы;
 - проведение индивидуальной и групповой супервизии со специалистами по организации работы с несовершеннолетними с самоповреждающим и суицидальным поведением;
- Кроме этого, КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин» обеспечивает:
- диагностическую и консультационную помощь;
 - социально-правовую помощь;
 - реабилитационно-оздоровительную помощь;
 - экстренную помощь в рамках службы экстренной помощи (мобильная бригада);
 - экстренную психологическую помощь детям по телефону доверия.

При работе с наиболее сложными случаями, а также случаями, требующими межведомственное взаимодействие среди различных муниципальных образований целесообразно обращение в Ре-

курсный центр по профилактике самоповреждающего и суицидального поведения (Кризисный центр для женщин).

Отправить запрос на разбор и сопровождение случая можно на электронный адрес Кризисного центра для женщин: womenkrizis@yandex.ru

На данный момент одним из самых сложных вопросов взаимодействия является установление контакта со специалистами здравоохранения, в том числе оказывающими психиатрическую помощь. При отсутствии психиатра в муниципальном образовании целесообразно начать со взаимодействия с педиатрами и неврологами, которые также помогут составить картину соматического здоровья и возможно указать на физиологические проблемы, обуславливающие поведение несовершеннолетнего.

ГЛАВА 5. ТЕХНОЛОГИИ СОПРОВОЖДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В СИТУАЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

5.1. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА РАБОТЫ С НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ, СОВЕРШИВШИМ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ ИЛИ АКТ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ. ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧИТЬ СУПЕРВИЗИЮ И МЕЖВЕДОМСТВЕННУЮ ПОДДЕРЖКУ

Первый контакт специалиста с несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку или самоповреждающий акт, происходит, как правило, по инициативе:

- законного представителя (обеспокоенные родители приводят подростка к психологу),
- сообщения из школы (обнаружены следы повреждения на теле подростка при медицинском осмотре, социальным педагогом, школьным психологом, классным руководителем или случайно),
- рекомендации КДН посетить психолога (часто это дети из семей, состоящих на учете),
- после прохождения лечения в психоневрологическом или психиатрическом отделении больницы (после совершенной суицидальной попытки),
- редко сразу после суицидальной попытки (в данном случае контакт следует осуществлять по объективно уместному протоколу кризисной психологии).

Специалисту, необходимо заранее знать о необходимости и важности составления Плана и ориентироваться в секторах, обязательных к выявлению.

После первичного контакта с несовершеннолетним необходимо составить План индивидуальной работы с подростком.

Форма плана предусматривает несколько смысловых граф, позволяющих отследить как динамику в состоянии подростка, так и эффективность применяемых специалистом техник, методов и способов взаимодействия с подростком, для их последующего анализа и корректировки, если в этом возникнет необходимость.

Графа «Выявленные проблемы» предполагает фиксирование результатов первых 1-4 встреч, а именно: с какими проблемами предстоит работать специалисту, что стало очевидным для специалиста после установления доверительного контакта с подростком и бесед с ним.

Пункт плана «Диагностика» (в графе «Мероприятия») предполагает фиксирование тех диагностических методик, которые были применены для выявления текущего психо-эмоционального состояния подростка.

Графа «Ожидаемые результаты» – для профессиональных гипотез, которая позволит отследить эффективность применяемых методов, способов и техник в отношении несовершеннолетнего и при необходимости корректировать, дополнять, заменять или углублять их.

Графа «Срок исполнения» предполагает, отслеживание этапов работы с несовершеннолетним в динамике.

(*временные и количественные этапы взаимодействия с подростком подробно расписаны в «Программе социально-психологической профилактики суицидального и самоповреждающего поведения у несовершеннолетних в учреждениях социальной защиты населения» Краевого кризисного центра для женщин).

Графа «Ответственное лицо» также подлежит подробному заполнению с указанием должности и номера мобильного телефона для эффективной и адресной связи со специалистом.

*бланк формы Плана вы найдете в приложении к этому пособию.

Супервизия

При возникновении трудностей в работе с подростком, специалист может подать заявку на получение профессиональной помощи в формате супервизии

Заявка подается в Ресурсный центр по электронной почте или непосредственно Куратору. Специалисту следует знать, что помощь и поддержку супервизора он может получить не только по вопросам профессионального порядка, но и по личным мотивам, связанным с ситуацией (сложные чувства, сильные переживания, слияние и т.п.).

Межведомственный вебинар специалистов

Для достижения максимально возможной эффективности в помощи пострадавшему, от собственных действий или намерений подростку, в особо сложных случаях специалисту рекомендовано инициировать проведение Межведомственного вебинара.

Для этого специалист проводит анализ задействованных в помощи подростку государственно-социальных институтов (в какой школе или ином учебном заведении обучается подросток, наблюдается ли он у доктора (невропатолога, психиатра в системе здравоохранения), состоит ли семья на учете в органах социальной защиты и составляет Информационное письмо на имя директора КГБУ-СО «Краевой кризисный центр для женщин», являющегося Ресурсным Центром, с просьбой организовать межведомственный вебинар по работе со случаем.

В Информационном письме необходимо изложить фактуру произошедшего, кратко описать, что уже было сделано в отношении несовершеннолетнего и четко сформулировать возникшую проблему, рассмотрение которой необходимо вынести на рассмотрение специалистов.

Информационное письмо электронной почтой направляется в Кризисный центр для женщин, который организует площадку для проведения вебинара и извещает об этом специалиста.

Ведёт вебинар специалист, чьи профессиональные интересы находятся в плоскости вынесенной на обсуждение ситуации и именуется Ведущим вебинара.

Протокол проведения вебинара.

1. Ведущий вебинара представляет участников.
2. Подавший заявку специалист докладывает ситуацию, вынесенную на обсуждение.
3. Участники вебинара в формате живой беседы обсуждают проблемные моменты и дают свои рекомендации.

4. Ведущий вебинара объявляет общий порядок выработанного взаимодействия и рекомендует дальнейшие действия по заявленной к рассмотрению ситуации.

5.2. ПРИМЕРЫ АЛГОРИТМОВ РАБОТЫ ПО КЕЙСАМ (КОНКРЕТНЫМ СИТУАЦИЯМ) САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

ВАЖНО: вступая в контакт с подростком специалист должен быть психологически устойчив. Зачастую, в основе самоповреждающих действий подростка лежит нарушение базовой привязанности (исключая психическую патологию).

Неустойчивость специалиста (страх, неверие, беспомощность и т.п.) бессознательно сразу «считаются» ребенком. Доверие установить будет невозможно.

Доверительное пространство между психологом и подростком необходимо для эффективного взаимодействия.

Алгоритм действий:

1. Установление доверительного контакта.
2. Определение источника дискомфорта (в связи с чем, с кем возникают мысли и т.п.)
3. Исследовать, как часто случалось до этого подобное и как справлялся раньше.
4. Искать положительный ресурс – в чем, в ком, исследовать окружение, интересы.
5. Применять техники совладения с психическим напряжением, со стрессом. Подбор осуществлять индивидуально.
6. Исследовать возможность снятия (хотя бы частично) психологической зависимости от причин повлекших такое поведение.
7. Аккуратно выводить из «суженного сознания» через беседы о планах на будущее, цели, задачи, мечты.
8. Исследовать возможность реального позитивного действия. Необходимо «создать якорь за жизнь» во внутреннем пространстве подростка.
9. Если риск суицида высок – подросток не должен оставаться один, использовать различные способы, вплоть до госпитализации.

Специфика кейсов (конкретных ситуаций):

Самоповреждающее поведение

Исследовать природу самоповреждающего поведения и, в зависимости от этого, выбрать вектор работы по предложенному алгоритму.

Суицидальные мысли

Работать по предложенному алгоритму.

С учетом необходимости донести до подростка, что это МЫСЛИ не материальны и не приводят к действиям. Что мысли бывают у всех.

Предложить техники для работы с мыслями (АВС-схема в упрощенном варианте, «ОБЛАКА»).

Суицидальные приготовления (намерения)

Работать по предложенному алгоритму.

Поощрять подростка на подробное, детальное описание своих намерений и приготовлений. Ему важно это ПОГОВОРИТЬ ОТКРЫТО, с устойчивым взрослым.

Суицидальные попытки

Исключить: сетования, научения, причитания, подтрунивания, взывания к совести и разуму, сравнения и т.п.

Работать по предложенному алгоритму.

Акт суицида

Незамедлительное физическое воспрепятствование суициду.

Максимально быстрый вызов медиков.

Общение с подростком в режиме кризисной ситуации: быть рядом, принимать психо-эмоциональное состояние, отслеживать физическую сохранность.

После оказания медицинской помощи – работать по рекомендованному алгоритму.

Домашнее насилие

Сообщение в полицию (можно основываться на примерных планах безопасности в ситуации домашнего насилия).

Незамедлительное изъятие ребенка от насильника.

Оказание медицинской помощи.

После – работать по предложенному алгоритму.

Сексуализированное насилие

Сообщение в полицию, если этого еще не сделано.

Оказание медицинской помощи.

Далее при взаимодействии учитывать:

1. Ретравматизация подростка даже от минимального телесного контакта. Его следует исключить.

2. Наличие ПТСР, как правило, усугублено следственными действиями.

3. Вероятность запугивания, угроз и т.п. со стороны насильника (может быть длительным, завуалированным, изощренным).

4. Отсутствие необходимой поддержки со стороны значимых взрослых (часто значимые взрослые находятся в слиянии – много боли, слез, страхов и т.п.).

После установления доверительного контакта – работать по алгоритму, с учетом специфики.

Буллинг

Исследовать необходимость смены школы или перевода на домашнее обучение.

Работать по предложенному алгоритму.

Учитывать, что жертвы буллинга чаще всего УЖЕ имеют серьезные проблемы с:

- самооценкой, уверенностью,

- самоидентификацией,

- во взаимоотношениях с родителями,

- повышенной психо-эмоциональной чувствительностью,

- коммуникациями и поведением в конфликтной ситуации.

Социальная изоляция – ограничение общения с ближайшим окружением

Исследование природы возникновения самоизоляции (вынужденная, добровольная, временная, длительная и т.п.).

Обучение адаптационным и коммуникативным навыкам.

Работа по предложенному алгоритму.

Депрессия

При возникновении подозрений на депрессию у подростка, необходимо рекомендовать ответственным за несовершеннолетнего взрослым незамедлительное обращение в медицинское учреждение.

Депрессия должна быть диагностирована врачом-психиатром, с назначением медицинских препаратов.

Далее – работа по предложенному алгоритму.

ГЛАВА 6. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

6.1. ФАКТОРЫ РИСКА САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ. ПОКАЗАТЕЛИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида. По всему миру показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12-17 лет. Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения.

Важной составляющей динамики развития суицидального поведения являются акты самоповреждения. Считается, что средний показатель самоповреждающего поведения составляет 10% - 13%. Причем среди европейских подростков девушки в среднем в три раза чаще говорят о случаях самоповреждения, чем юноши. На основании опроса около 4000 подростков 3 регионов России процент риска самоповреждающего поведения колебался от 12% до 25%, в зависимости от региона. В России, после периода постоянного снижения количества суицидов несовершеннолетних до 2015 года, в 2016 - 2018 г.г. отмечалось увеличение их числа. По данным Росстата, в 2017 году коэффициент частоты завершенных суицидов среди детей 10-14 лет составил 1,6 на 100 000 лиц этого возраста (в 2 раза больше среднемирового показателя), а среди подростков 15-19 лет - 8,4 на 100 000 ровесников (на 13,5% больше, чем в мире). При этом соответствующий показатель в сельской местности (2,3 на 100 000) превышает таковой у подростков, проживающих в городах (0,8 на 100 000), в 2,9 раза.

Факторы риска развития суицидального поведения: сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособность справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев - к развитию психопатологических состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и, в конце концов, совершению самоубийства.

Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в динамике развития суицидального поведения: потенциальные (создающие почву), триггерные (стрессовые события запускающие динамику), актуальные (связанные с суицидальным кризисным состоянием).

Потенциальные факторы суицидального поведения - суицидальные попытки в истории жизни один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3-6 месяцев, 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% - совершают самоубийство в течение 9 лет.

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

Психические нарушения. Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5-15 раз выше, чем без психических расстройств. Наиболее распространенными диагнозами являются тревожно-депрессивные расстройства (32% - 47%), шизофрения (15% - 20%), алкогольная зависимость (8% - 17%), расстройства личности (8% - 11%) и лекарственная зависимость (3% - 9%). Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха. Частота самоубийств подростков 14-25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим расстройствами личности. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств. У подростков моложе 12

лет совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы.

Семейные факторы:

а) психические заболевания у ближайших родственников, а также суицидальные попытки в семейной истории;

б) стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности» увеличивает риск развития суицидального поведения [22];

в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребенка в социум;

г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родителями (опекунами), недостаток внимания и заботы о детях в семье, недостаточное внимание к состоянию ребенка (например, из-за нехватки времени);

д) алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей;

е) проживание (по разным причинам) без родителей.

Сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Несовершеннолетние нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию.

Стрессовые события (триггеры) и суицидальное поведение.

Острые конфликты между родителями и детьми являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей, а повешение - наиболее частый способ.

Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие. Сексуальное и эмоциональное насилие вносят больший вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию.

Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями. Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства.

Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников. Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению. Нежелательная беременность, аборт, заражение болезнью, передающейся половым путем зачастую являются пусковым механизмом к развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями.

Частые переезды в раннем детстве в возрасте 11-17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск.

Недавно выявленное психическое расстройство. Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и суицидального поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза. Повышенный риск попыток самоубийства сохраняется в течение первого года после постановки диагноза тяжелой депрессии и тревожных расстройств.

Распад семьи, развод или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи. Такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.

Состояния, провоцирующие риски суицидального и самоповреждающего поведения

Депрессивные состояния - это тревожный сигнал эмоционального неблагополучия подростка. Возникновение депрессивного состояния в наибольшей степени связано с характером детско-родительских отношений и с тем, как они воспринимаются подростком. У детей и подростков состояние депрессии проявляется чаще в форме не унылого настроения, а раздражительности. Такие подрост-

ки часто капризны, считают себя некрасивыми, глупыми, бесполезными, часто испытывают чувство вины, жалуются на трудности с концентрацией внимания, «потерю энергии», пессимистично настроены практически ко всему. Подростки, испытывающие депрессивные состояния, теряют способность получать удовольствие от того, что раньше его доставляло, общий фон их настроения всегда понижен, учащаются соматические жалобы (на боли в животе, в голове и т.д.), возможны проявления агрессии (ранее не свойственной ребенку), негативистского, антисоциального поведения. Часто отмечается потеря аппетита, отказ от еды или чрезмерное ее употребление, изменение веса тела, усталость, проблемы со сном (либо бессонница, либо постоянная сонливость), потеря интереса к своей внешности. Депрессия также может маскироваться такими симптомами, как нарушение поведения, гиперактивность, энурез, неуспеваемость в школе. Подросток может стать замкнутым, угрюмым или казаться чересчур эмоциональным, чувствительным, особенно в общении со сверстниками. Безусловно, все эти симптомы необходимо рассматривать в комплексе, во взаимодействии друг с другом. Для детей среднего и старшего школьного возраста характерен вариант депрессии, замаскированной так называемым девиантным поведением, которое выражается в грубости, конфликтности с домашними, прогулами школы, иногда побегами из дома, в противоправных поступках, в употреблении алкоголя, наркотиков и т.д.

Повышение вероятности возникновения депрессии у подростков связано с такими факторами, как: негативный образ своего тела, неуверенность, негативное восприятие будущего, развод или разлад между родителями, тяжелые заболевания (в т.ч. психические) членов семьи, смерть члена семьи, родственника или другого значимого человека (друга, кумира, авторитета), отвержение сверстниками («непопулярность» в значимой для подростка группе), стойкая низкая успеваемость в школе. Кроме того, особое внимание следует уделять периодам в жизни ребенка, связанным с так называемой сменой ролей (переход в новую школу, окончание школы, переезд на новое место жительства, период полового созревания, появление сексуального партнера или расставание с партнером). Такие периоды в жизни подростка часто могут быть связаны с растущей ответственностью, давлением окружающих, обстоятельств; понижением самооценки; неспособностью оправдать ожидания свои и семьи; острым желанием «отделиться» от семьи и неспособностью это сделать подростка вжиться в новую для него роль может привести подростка к депрессии.

В свою очередь депрессия может усугублять проблему, вести к появлению у подростка чувства безнадежности, ощущения невозможности принятия новой роли.

Переживания, на которые необходимо обратить внимание

1. Переживание социального поражения или личного унижения. Чаще возникает у подростков при невозможности оправдать ожидания родителей, в ситуации буллинга.

2. Переживание себя как бремени для других, в первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание, является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных ситуациях (конфликты родителей, их развод, болезнь самого подростка).

3. Переживание безысходности. Подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство. Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания приводит к возникновению синдрома суицидального кризиса, проявляющегося в следующих симптомах:

* в эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;

* в когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях приведших к кризисному состоянию, невозможность переключится на позитивные события;

* в поведении: значительное снижение социальной активности, избегание связей с близкими;

* в соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушения всех фаз сна;

* психосенсорные расстройства: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

Факторы, обеспечивающие защиту от суицидального и самоповреждающего поведения

1. Семья: хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.

2. Личностные факторы: развитые социальные навыки, уверенность в себе, умение обращаться

за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.

3. Социально-демографические факторы: социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками.

Выявление суицидальных настроений подростков

1. Мониторинг психоэмоционального состояния подростков (психолог, специалист по социальной работе) в условиях учреждения социального обслуживания. Систематические замеры психоэмоционального состояния подростков с целью ранней диагностики субдепрессивного состояния.

2. Дистанционный мониторинг психоэмоционального состояния подростка в условиях самоизоляции, карантина. В период самоизоляции для проведения мониторинга психоэмоционального состояния актуальна беседа посредством телефона и других технических средств (скайп, фото-видео-отчет). Для оценки психоэмоционального состояния подростка в условиях самоизоляции использовать метод беседы с целью определения фона жизнедеятельности, характера отношений подростка с окружающими его взрослыми и сверстниками, переживание комфорта как отсутствия внешней угрозы и физического дискомфорта, эмоции удовольствия - неудовольствия как содержание преимущественного фона настроения, переживание комфорта в присутствии других людей и ситуации взаимодействия с ними, переживание оценки другими результатов активности подростка.

3. Наблюдение за внешним видом подростков (специалист по социальной работе, психолог). Необходимо отслеживать изменения во внешности подростка: неряшливость у ранее аккуратных детей, пренебрежение внешним видом, появившаяся сутулость, наклоненная вниз голова, согнутые плечи, «походка усталых» - волочение ног во время ходьбы; склонность к одежде черного цвета, ношению крестов, черепов и другой символики смерти; прослушивание на телефоне музыки групп, пропагандирующих раннюю смерть и саморазрушение. Также необходимо отслеживать вовлеченность подростка в группировки деструктивной направленности, а также деструктивные группы в сети - Интернет, например, ВКонтакте и др.

4. Наблюдение за поведением подростка (специалист по социальной работе, психолог). Специалистам социальной службы необходимо отслеживать и контролировать изменения в поведении и эмоциональном состоянии подростков. Особенно симптоматичны любые резкие изменения в поведении подростков: спокойный и уравновешенный вдруг становится резким и агрессивным, а гиперактивный проявляет отстраненность, заторможенность. Должны насторожить следующие признаки: склонность к уединению, избегание контактов, погруженность в свои мысли на уроках, потеря интереса к любимым занятиям и предметам, невозможность сосредоточиться на уроке, рассеянность, постоянная сонливость на уроке, резкое снижение успеваемости даже по любимым предметам. прогулы, нарочитая демонстративность поведения, вызывающее непослушание. В случае самоизоляции или карантинных мероприятий отказ от дистанционного обучения.

5. Получение и анализ продуктов деятельности (специалисты по социальной работе, психологи). Специалистам социальных служб необходимо обращать внимание на рисунки в дневниках, тетрадях, на обложках. Иногда дети рисуют на партах, на листках. Знаки опасности: кресты, пауки, кинжалы, паутина, черепа, могилы, любая символика смерти. Необходимо обращать внимание не только на рисунки, но и на текст надписей. Должны насторожить необычные и странные надписи. Например, на парте подростка, погибшего в результате суицида, была обнаружена повторяющаяся надпись: «Ваня хороший».

6.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ ГРУППЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

1. Оказание помощи подросткам группы суицидального риска (психолог, специалист по социальной работе, социальный педагог). С подростками, имеющими повышенный индекс депрессивности, необходимо организовать проведение дальнейшей индивидуальной психодиагностической и коррекционной работы. При необходимости привлекать специалистов (врачей: неврологов, невропатологов, психиатров, медицинских и клинических психологов, психотерапевтов, специалистов органов и учреждений системы профилактики).

3. Отказ родителя родителей (законных представителей) от услуг социальной службы может быть рассмотрен как нарушение прав ребёнка и в этом случае необходимо включать в работу представителей КДН и ЗП.

2. Информирование руководителя подразделения службы о результатах мониторинга о подростках с выявленными депрессивными синдромами.

3. Работа по нормализации обстановки в семьях детей группы суицидального риска.

Специалисту социальной службы необходимо обследовать семьи подростков с выявленными депрессивными синдромами и принять меры к нормализации обстановки в семьях детей с привлечением инспекторов по делам несовершеннолетних, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, специалистов комплексного центра социального обслуживания населения, специалистов других органов и учреждений системы профилактики.

6.3. РАБОТА С «НЕМОТИВИРОВАННЫМИ» РОДИТЕЛЯМИ, ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ

Когда человек готов принять психологическую помощь, он обычно надеется на положительные перемены в своей жизни. Однако некоторая категория клиентов, в том числе родителей, чьи подростки пережили попытку суицида, попадают к специалисту не по своей воле. Этим клиентам в процессе консультирования недостает мотивации. Такая ситуация представляет собой очевидный источник стресса не только для самого клиента, но и для специалиста.

Если специалист и «немотивированный» клиент все-таки вынуждены взаимодействовать, то нежелание поддерживать контакт может выражаться в избегании встреч, опоздании, безразличии ко всему, в отказе принять ответственность за процесс происходящего.

Не всегда возможно отказаться от работы с подобными клиентами. В фокусе тематики, рассматриваемой данных методических рекомендациях специалисту необходимо помнить, что отказ родителей, законных представителей от услуг социальной службы может быть рассмотрен как нарушение прав ребёнка.

Низкая мотивация работы со специалистом может быть вызвана разными причинами:

- нет времени;
- нет лишних сил;
- нет свободных душевных сил;
- неверие;
- закрытость;
- страх;
- непонимание зачем;
- растерянность;
- стереотипные представления о психологе.

В таких случаях предлагается воспользоваться терапией реальностью, т.е. при невозможности изменить обстоятельства следует отказаться от своих установок на «во что бы то ни стало причинить добро». Применительно к «немотивированным» клиентам данный принцип означает, что им следует помочь хоть чем-то. Реальная, пусть даже небольшая помощь в действительности может оказаться очень эффективной.

Встретившись с «немотивированным» клиентом, специалисту необходимо принять его таким, каков он есть – как не заинтересованного в консультировании человека. Нежелание следует трактовать столь же серьезно, как любую другую установку: отнестись с пониманием, одновременно показывая, что и специалист не заинтересован работать с клиентом против его воли. Можно объяснить клиенту суть и возможности консультирования. Однако быть готовым к тому, что «немотивированный» клиент останется лишь формальным клиентом или вообще прекратит посещения.

Примеры вопросов, которые можно задавать родителям или законным представителям, для побуждения мотивации:

- Что произойдёт, если вы уделите мне 20 минут для беседы?
- Вам кажется, я буду вас уговаривать делать что-то, что вы не хотите?
- Вы решительно настроены отказаться от наших услуг? В связи с чем?
- Вы для себя нашли ответы на вопрос, в чем причина того, что случилось?
- Вы знаете, что будете делать, если это повторится?

6.4. РАБОТА ПСИХОЛОГА С СЕМЬЕЙ ПОДРОСТКА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Пандемия значительно изменила нашу жизнь. Самоизоляция - несвойственное человеку состояние, даже, можно сказать, противоестественное для существа социального – стала обязательной. Условия самоизоляции, которые мы все, так или иначе, испытываем на себе, расширили наш опыт. Когда находишься слишком тесно на одной территории с другим человеком, даже близким, возникает множество психологических проблем. Неизбежно сокращается личное пространство, и это не так легко пережить: усиливающиеся сложности в отношениях решить естественным образом, то есть на время уйти, нельзя. Острота психологического состояния усугубляется и ощущением надвигающейся катастрофы, характерной для людей мнительных. Крайняя повышенная тревожность, которую вызывают неопределенность ситуации, неуверенность в будущем, может спровоцировать у них панические атаки.

Другая значительная группа людей в кризисных ситуациях демонстрирует на удивление безответственное поведение. К счастью, немало тех, кому свойственна адекватность реакции на происходящее. Они пытаются реально оценивать события, не дают увлечь себя потоку непроверенной информации, умеют относиться к ней обдуманно.

Обязательным условием помощи ребенку - подростку является информирование родителей по актуальным вопросам. Необходимо действовать на опережение и донести до родителей информацию, которая будет полезной в период самоизоляции. Памятка для работы с родителями представлена в Приложении 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результатом эффективной работы по профилактике суицидального и самоповреждающего поведения подростков является создание благоприятной психолого-педагогической обстановки, комфортного климата в ближайшем окружении; выявление на раннем этапе несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию, оказания им своевременной психолого-педагогической помощи, включение их в профилактическую программу; снижение количества подростков с суицидальным риском, предупреждение суицидальных попыток, рецидивов и возникновений осложнений.

Большая роль в этой деятельности отводится работе социальных служб, служб экстренной психологической помощи, благодаря которым удастся предотвратить многие суицидальные попытки среди детей и подростков.

Как позитивный момент следует отметить согласованность на межведомственном уровне и тесное взаимодействие различных ведомств в оказании комплексной поддержки и помощи несовершеннолетним, а также их оперативное реагирование на сложные социальные и психологические ситуации конкретной семьи, конкретного подростка.

Тем не менее, проблема суицидального и самоповреждающего поведения среди несовершеннолетних остается достаточно актуальной и требующей постоянного внимания со стороны государства, общества, семьи в тесном сотрудничестве со всеми социальными институтами, повышения квалификации специалистов, поиска эффективного информирования родителей (законных представителей) несовершеннолетних о суицидальном риске, оздоровления социальной среды.

Мы полагаем, что разработка системы работы с подростками в целом, а не только с отдельными группами риска, информированность на всех уровнях социального взаимодействия и налаженная система предоставления адекватной и своевременной психосоциальной помощи может изменить тревожную статистику суицидальной активности, прогнозируемую на ближайшие десятилетия.

Группа риска – категория детей и подростков более других склонная совершать девиантные или уголовно наказуемые поступки.

Деадаптация – психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социо-психологического или психофизиологического статуса подростка требованиям новой социальной ситуации. Различают патогенную, психическую, социальную деадаптацию.

Депривация психическая – психическое состояние страдания, которое возникает вследствие длительного ограничения человека в удовлетворении его основных потребностей. Наиболее опасны для полноценного развития сенсорная, эмоциональная, коммуникативная формы депривации. Характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии (нарушение эмоциональных контактов, задержка в развитии речи, развитии тонкой моторики, интеллекта).

Деструкция – разрушение, деструктивно-разрушающее поведение, противоположное – конструктивное поведение.

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

Межведомственное взаимодействие – совместные согласованные действия (решения) субъектов (участников) межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики суицидального, аутоагрессивного поведения несовершеннолетних.

Несуицидальное самоповреждающее поведение – наносимые себе повреждения, не поддерживаемые желанием уйти из жизни с целью привлечения внимания, снятия напряжения или улучшения самочувствия.

Объекты профилактики суицидального поведения – обучающиеся, воспитанники образовательных организаций, специалисты (педагоги, педагоги-психологи, социальные педагоги, медицинские работники), родители (законные представители) несовершеннолетних.

Прерванная попытка суицида – не состоявшаяся в силу внешних обстоятельств истинная попытка суицида.

Профилактика – термин, означающий комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Самоповреждающее поведение – это комплекс действий аутоагрессивного характера, нацеленных на причинение физического вреда собственному телу. Суицидальные намерения отсутствуют, нанесение физического ущерба помогает справиться с негативными переживаниями.

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

Склонение несовершеннолетнего к суициду – содействие совершению самоубийства советами, указаниями, предоставлением информации, средств или орудий совершения самоубийства либо устранением препятствий к его совершению или обещанием скрыть средства или орудия совершения самоубийства.

Стигматизация – предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него (у них) каких-либо особых свойств или признаков.

Субъекты (участники) межведомственного взаимодействия по вопросам суицидального поведения у несовершеннолетних – органы, учреждения, организации, участвующие в пределах своей компетенции в деятельности по профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних.

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

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

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

формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска.

Суицидальный риск – степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

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

Фрустрации (от лат. frustration – обман, тщетное ожидание, расстройство, неудача) – психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствия достижению цели. Одной из защитных реакций при фрустрации является агрессивность ребенка. Зачастую причиной описанных состояний являются унижения и оскорбления со стороны родителей, учителей, сверстников.

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

1. Алешина, Ю.А. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование [Текст] / Ю.А.Алешина. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 208с.
2. Алимова М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. – Барнаул, 2014. – 100 с. / Электронный ресурс
3. Амбрумова, А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978. - С. 6-28.
4. Бихевиоризм // Торндайк Э. Принципы обучения, основанные на психологии. Уотсон Дж.Б. Психология как наука о поведении. – М.,1988.
5. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / пер. с фр. – М.: Мысль, 1994.
6. Егоров, А.Ю. Расстройство поведения у подростков: клиничко-психологические аспекты [Текст] / А.Ю.Егоров, С.А.Игумнов. – СПб.: Речь, 2005. – 436с.
7. Евстешина О. И. Сеть социальных контактов в решении социально-психологических проблем воспитанников приютов для детей и подростков // Журн.практ.психол. №4, июль-август 2007.
8. Кинард Э.М. Дети, страдающие от плохого обращения // Энциклопедия социальной работы. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1993. – Т.1. – С.202-209.
9. Малкина-Пых,И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Наука, 2013. — 960 с.
10. Методические рекомендации по разработке типовой межведомственной программы по вопросам профилактики суицидального поведения у несовершеннолетних. – М., 2020. – 25 с.
11. Попова Р.Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. – Казань: Издательство Казанского ун-та, 2013.
12. Программа «Социально-психологическая профилактика суицидального и самоповреждающего поведения у несовершеннолетних в учреждениях социальной защиты населения», КГБУСО «Краевой кризисный центр для женщин», г.Барнаул, 2020.
13. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних : методические рекомендации для педагогов; 2-е издание, дополненное / ГБУ Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ладо». – Полевской: ООО «Веста», 2017. – 64 с.
14. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации / Авторы-составители: Л.К.Стадухина, Н.В.Петрова, Е.Л.Норкина, О.А.Маркова, М.Ю.Бондаренко. – Йошкар-Ола: Издательство «», 2013. - с.
15. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) / Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б., Антонова А.А. / Саратовский научно-медицинский журнал, 2012. Т. 8, № 2, приложение (нервные болезни), – с.403 – 409.
16. Чуева Е.Н., Самоповреждающее поведение детей и подростков // Вестник КРАУНЦ / Серия «Гуманитарные науки» № 1 (29) 2017, с.71 – 77.

План

индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетним _____
_____ (_____ г.р.) и его семьей

Первый контакт состоялся «_____» _____ 20__ г.

Срок реализации плана: с «_____» _____ 20__ г. по «_____» _____ 20__ г.

Задачи плана:

- 1.
- 2.
-

№ п.п.	Субъекты работы	Выявленные проблемы	Мероприятия	Планируемые сроки реализации	Ожидаемый результат	Ответственный специалист, контактный телефон
--------	-----------------	---------------------	-------------	------------------------------	---------------------	--

Мероприятия по профилактике обстоятельств, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании

--	--	--	--	--	--	--

Социально-педагогическое направление

--	--	--	--	--	--	--

Социально-правовое направление

--	--	--	--	--	--	--

Информационно-разъяснительная профилактическая работа

--	--	--	--	--	--	--

Предоставление мер социальной поддержки

--	--	--	--	--	--	--

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ РОДИТЕЛЯМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ?

Почему подросток решается на самоубийство?

нуждается в любви и помощи;
чувствует себя никому не нужным;
не может сам разрешить сложную ситуацию;
накопилось множество нерешенных проблем;
боится наказания;
хочет отомстить обидчикам;
хочет получить кого-то или что-то.

В группе риска – подростки, у которых:

сложная семейная ситуация;
проблемы в учёбе;
мало друзей;
нет устойчивых интересов, хобби;
перенесли тяжёлую потерю близкого человека;
есть семейная история суицидального поведения;
склонность к депрессиям;
употребление алкоголя, наркотиков;
ссора с любимым человеком;
жертвы насилия.

Признаки суицида:

угрожает покончить с собой;
отмечается резкая смена настроения;
раздаёт любимые вещи;
«приводит свои дела в порядок»;
становится агрессивным, бунтует, не желает никого слушать;
живёт на грани риска, не бережёт себя;
утратил самоуважение

Что Вы можете сделать?

будьте внимательны к своему ребёнку;
умейте показывать свою любовь к нему;
откровенно разговаривайте с ним;
умейте слушать ребёнка;
не бойтесь прямо спросить о самоубийстве;
не оставляйте ребёнка один на один с проблемой;
предлагайте конструктивные подходы к решению проблемы;
вселяйте надежду, что любая ситуация может разрешиться конструктивно;
привлеките к оказанию поддержки значимых для ребёнка лиц;
обратитесь за помощью к специалистам.

Чего нельзя делать?

нельзя читать нотации;
не игнорируйте человека, его желание получить внимание;
не обесценивайте переживания человека, не говорите «Разве это проблема?», «Ты живешь
лучше других» и т.д.;
не спорьте;
не предлагайте неоправданных утешений;
не смейтесь над подростком.

Эти слова ласкают душу подростка...

Ты самый любимый!
Ты очень много можешь!
Спасибо!
Что бы мы без тебя делали!
Иди ко мне!
Садись с нами!
Расскажи мне, что с тобой?
Я помогу тебе...
Я радуюсь твоим успехам!
Чтобы ни случилось, твой дом – твоя крепость!
Как хорошо, что ты у нас есть!

И ещё несколько рекомендаций для поддержки:

показывайте подростку, что вы его любите,
чаще обнимайте и целуйте;
поддерживайте в сложных ситуациях;
учите его способам разрешения жизненных ситуаций;
вселяйте в него уверенность в себе;
помогите ребёнку проявить свои переживания через игры, рисунки, лепку,