

УТВЕРЖДАЮ
Директор Муниципального бюджетного
учреждения «Комплексный центр
социального обслуживания населения»
города Троицка Челябинской области
_____ М.А. Гуменюк
« _____ » января 2023 года



**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,
СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В КЦСОН**

Составила
Психолог ОПСиД
Галинурова Л.А.

Троицк, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

I.	ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ	с.3
1.1	Пояснительная записка	с.3
1.2	Цель и задачи реализации Программы	с.5
1.3	Нормативно-правовая база, регулирующих профилактику суицидального поведения несовершеннолетних	с.5
1.4	Методологическая основа Программы	с.8
1.5	Ожидаемые результаты освоения Программы	с.17
1.6	Оценка качества реализованной Программы	с. 18
II.	СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	
2.1	Основные направления работы с несовершеннолетними с суицидальными наклонностями.	с.20
2.2	Этапы психологической работы по профилактике и предупреждению суицидального поведения несовершеннолетних.	с.20
2.3	Содержание профилактической работы в рамках Программы	с.30
2.4	План организационно-методических мероприятий по реализации Программы	с.40
III.	ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ	
3.1	Социально-психологическая диагностика суицидального риска	с.45
3.2	Коррекционно-профилактическая работа с несовершеннолетними	с.47
3.3	Перспективный план работы на год	с.48
3.4	Заключение	с.53
3.5	Библиографический список	с.54
	Приложение	с.58

I. ЦЕЛЕВОЙ РАЗДЕЛ

Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств. По данным Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ), за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков (Положий Б.С. 2011). Установлено, что показатели частоты суицидов среди детей и подростков имеют существенные различия, достигающие 6,5 раза. Минимальный уровень отмечается в Северо-Кавказском, Центральном и Южном федеральных округах. Он уступает общероссийскому и сопоставим с общемировым. Далее следуют Северо-Западный и Приволжский округа, где частота суицидов близка к общероссийскому уровню. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и Сибирском округах. В двух последних частота суицидов (соответственно 33,8 и 36,3 на 100 000) превышает общероссийский показатель в 1,8 раза, а общемировой – в 5 раз (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012)

1.1 Пояснительная записка

Суицид – явление психологическое. Чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой. Поднимая на себя руку, ребенок прибегает к последнему аргументу в споре с родителями, педагогами, сверстниками, самим собой. Совершенно искренне желая умереть в невыносимой для него ситуации, он в действительности хочет лишь наладить отношения с окружающими. И у него до последнего присутствует наивная вера в то, что после этого он снова заживет в мире и согласии с обидчиками.

Суицид не является случайным действием, он является выходом из затруднений, кризиса или ответом на трудные вопросы. Общая цель всех суицидов – поиск решения. В связи с тем, что в последнее время число самоубийств и суицидальных попыток возросло, разработана комплексная программа профилактики суицидального поведения несовершеннолетних. В условиях современного общества процент детских и подростковых самоубийств растет, что порождает необходимость детального изучения причин, мотивов, ситуаций проявления суицидальных попыток и способов профилактики. Детскому психологу приходится сталкиваться с суицидальными мыслями и желаниями у детей

различного возраста. Это говорит о важности профилактики, о формировании правильного отношения подростков к жизни и смерти.

В современных условиях возрастает необходимость разработки и внедрения качественных и доступных для реализации профессиональных психологических методик и программ, позволяющих оказывать психологическую помощь, направленную на профилактику кризисных ситуаций и отклонений в психическом здоровье подростков.

С точки зрения социально-психологического подхода профилактика суицидов является профилактикой психологических кризисов, а с учетом специфики подросткового возраста любое кризисное состояние подростка следует рассматривать как социально опасное. По информации Следственного комитета России, число детских суицидов в 2021 году составило 753 случая. Это на 37,4% больше, чем в 2020г. Число попыток суицида среди несовершеннолетних за последние три года увеличилось на 13%. По словам уполномоченной по правам ребенка Марии Львовой-Беловой, среди основных причин попыток самоубийства: отсутствие взаимодействия в семье, конфликты с родителями, психические расстройства, ссоры со сверстниками, недовольство внешностью, проблемы с обучением, а также влияние «противоправной информации в интернете». Чаще всего оканчивают жизнь самоубийством подростки в возрасте от 10 до 14 лет. Причем это не беспризорники или дети из неблагополучных семей, где родителям до них нет дела. В 78% зарегистрированных суицидов это дети из вполне обеспеченных и благополучных (на первый взгляд) семей.

Научные, методологические и методические основания программы

В качестве научно-методологических основ программы выступают исследования известных отечественных и зарубежных учёных представленные в следующих концепциях:

- культурно-исторический подход к психическому и социальному становлению личности в нормальном и аномальном развитии (Л.С. Выготский, Т.А. Власова, А.Н. Леонтьев);
- концепция роли социальных условий в развитии ребенка и роли общения в становлении личности (Л.И. Божович, В.И. Мясищев, С.Л. Рубинштейн, А.А. Леонтьев);
- психодинамические теории суицидального поведения (З. Фрейд, К.Г. Юнг, Дж. Хиллман, К. Хорни, Э. Берн), а также экзистенциально-гуманистическая (Г.С. Салливан, Е.С. Шнейдман);
- патопсихологическая концепция самоубийств (И.А. Сикорский, С.С. Корсаков, В.М. Бехтерев, А.В. Петров);

- мультифакторная теория суицидального поведения, в которой основное значение отдается клиническим, социально-психологическим, индивидуально-личностным факторам (А.Г. Амбрумова, Д. Вассерман, В.С Ефремов, М.И. Хасьминский).

Практическая значимость

Программа по сопровождению несовершеннолетних группы суицидального риска направлена на осуществление первичной и вторичной профилактики суицидального поведения. Программа относится к виду социально – профилактических социально-психологических программ.

1.2 Цель и задачи реализации Программы

Цель: организация профилактической работы по предупреждению суицидального поведения несовершеннолетних, сохранение и укрепление их психического здоровья.

Задачи:

1. Выявлять несовершеннолетних входящих в «группу риска» по проблеме суицида, с суицидальным поведением (суицидальные мысли, попытки самоубийства).
2. Оказывать профилактическую, консультационную и коррекционную помощь несовершеннолетним, склонным к суицидальному поведению.
3. Проводить соответствующую просветительскую работу среди родителей, взрослых (в том числе в социальной сети и на официальном сайте организации)

Программа может применяться как в качестве профилактической для работы с детьми, имеющими признаки суицидального поведения, так и с несовершеннолетними, проявляющими признаки депрессии, апатии, тревожности и аутоагрессии.

Формы работы: индивидуальная, групповая.

Целевая группа: несовершеннолетние с суицидальными наклонностями, дети с ПТСР и их семьи, состоящие на учете в МБУ «Комплексный центр» города Троицк.

Срок реализации Программы: 5 лет

1.3 НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА, РЕГУЛИРУЮЩАЯ ПРОФИЛАКТИКУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

- Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989);
- Конституция Российской Федерации (статьей 20 устанавливается общеконституционное право любого человека на жизнь).
- Федеральный закон Российской Федерации от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних". В соответствии со статьей 14 на образовательные учреждения возложена обязанность оказывать социально-психологическую и педагогическую помощь несовершеннолетним, имеющим отклонения в развитии или поведении, выявлять подростков и семьи, находящиеся в социально опасном положении. Органы образования должны незамедлительно сообщить в комиссию, инспектору по делам несовершеннолетних, органы прокуратуры о фактах семейного неблагополучия, ненадлежащего исполнения родителями своих обязанностей (ст. 9).
- Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2010 г. № 436-ФЗ "О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию". Закон четко определяет информационную продукцию, недопустимую для детской аудитории, и регламентирует проведение экспертизы информационной продукции.
- Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ. Статья 41 регламентирует обеспечение безопасности обучающихся и профилактику несчастных случаев во время их пребывания в образовательной организации. Организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают: проведение профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
- Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 г. № 1101 "О единой автоматизированной информационной системе "Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено". Согласно данному постановлению в соответствии с критериями оценки информации, утвержденными межведомственным приказом Роскомнадзора, ФСКН России и Роспотребнадзора от 11.09.2013 г. № 1022/368/666 проводится экспертиза ссылок в сети Интернет. При наличии запрещенной информации о способах совершения самоубийства и (или) призывов к их совершению принимается решение о блокировании данных ссылок.

- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351. В Концепции предусмотрено сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы.

- Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 01.06.2012 г. № 761:

"План реализации первоочередных мероприятий до 2014 года по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы", утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.10.2012 г. № 1916-р и "План мероприятий на 2015 - 2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы", утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2015 г. № 167-р.

В числе мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков указана разработка системы первоочередных мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организацию проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка.

- Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации. За жестокое обращение с детьми (физическое, психическое насилие, отсутствие заботы, пренебрежение основными потребностями ребенка) в зависимости от его тяжести предусмотрено привлечение родителей к административной ответственности (ст. 5.35 КоАП РФ).

- Уголовный кодекс Российской Федерации. Так как нанесение вреда здоровью может быть причиной суицидального поведения среди детей и подростков, предусмотрена уголовная ответственность (статьи 110, 115-118, 125, 156).

- Семейный кодекс Российской Федерации. За ненадлежащее исполнение родителями своих обязанностей предусмотрена гражданско-правовая ответственность в виде лишения родительских прав (ст. 69), ограничения (ст. 73), отобрания ребенка при угрозе его жизни и здоровья (ст. 77).

- Ведомственные документы по профилактике суицидального поведения: Информационное письмо Минобрнауки России от 29.05.2003 г. № 03-51-102ин/22-03 "О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков".

- Письмо Рособрнадзора от 20.09.2004 г. № 01-130/07-01 "О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков".

- Рекомендации по ограничению доступа обучающихся к видам информации, распространяемой посредством сети "Интернет", причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, а также не соответствующей задачам образования.

-Рекомендации по ограничению доступа обучающихся к видам информации, распространяемой посредством сети "Интернет", причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, а также не соответствующей задачам образования, - М.: Министерство образования и науки РФ, Министерство связи и массовых коммуникаций РФ, 2014 - 47 с.

1.4 Методологическая основа Программы

КЛАССИФИКАЦИИ СУИЦИДОВ

Суицидальное поведение – это ответ на глубинные переживания, а они связаны с тем, что по-настоящему актуально. Чем младше ребенок, тем в большей степени он внедрен в жизнь семьи, тем больше своим суицидом он "дебатирует" именно с семьёй. Роль "последней капли" играют школьные ситуации, поскольку школа – это место, где ребенок проводит значительную часть своего времени.

В школьном конфликте могут участвовать и сверстники, и учителя.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в специфике суицидальных действий:

□ **Самоповреждения.** Характерно сочетание как ауто-агрессии, так и гетеро-агрессии.

В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях; чаще всего эпилептоидный тип акцентуации характера; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

□ **Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом.** Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные или возбудимые типы акцентуаций; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация не разрешается – возможен повтор.

□ **Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией.** Семьи

таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6 класса они хорошо адаптированы, однако, с появлением трудностей школьной программы ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний, возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает падение авторитета. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск безболезненных способов, не приносящих ущерба (при этом окружающим заранее сообщается о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств). При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

□ **Суициды с мотивацией самоустранения.** Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. Поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуации, психический инфантилизм; а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастению. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаянье; риск повтора невелик.

Суицидальное поведение подростков бывает **демонстративным, аффективным, истинным.**

□ **Демонстративное суицидальное поведение.** Это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или, наконец, наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, доставить ему серьезные неприятности. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения. Место, где совершается демонстрация, обычно свидетельствует о том, кому она адресована. Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неправильного расчета или иных случайностей могут иметь роковые последствия.

□ **Аффективное суицидальное поведение.** К нему относятся суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью, или такая возможность допускается. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

□ **Истинное суицидальное поведение.** Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим и предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению. Е. Шир выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.

ПРИЧИНЫ СУИЦИДОВ

Психологи выделяют несколько типов детей, которые склонны к суицидам. Вот основные тревожные сигналы, на которые родителям следует обратить внимание.

-У ребенка нет друзей, он практически ни с кем не общается и с родителями не бывает откровенен. Малыш привык все свои проблемы решать самостоятельно, никому не доверяет. Даже, когда очень больно или страшно, он не плачет. Ребенок должен уметь выплескивать отрицательные эмоции, а не замыкаться.

-Ребенка ничего не интересует. На любой вопрос у него один ответ "Мне все равно". Он может хорошо учиться, но без стремления. Он может выполнять все просьбы взрослых, потому что своих желаний у него просто нет. Такой ребенок равнодушно относится ко всему: к еде, к учебе, к развлечениям и к окружающим. Ему даже безобразничать не хочется. Кстати, родителям в этом случае иногда кажется, что у них идеальный ребенок. Это опасное заблуждение. У подростка должны быть хоть какие-то увлечения.

-Всех должно насторожить, когда малыш любит болеть и постоянно придумывает себе страшные болезни. При этом он демонстрирует, что ему легче, только когда вы рядом. Родители постепенно привыкают к "придуманным" болезням и не обращают на них внимания. И тогда подросток переходит к более отчаянным поступкам. Некоторые дети предпринимают попытки самоубийства не с целью свести счеты с жизнью, а лишь поугадать родителей. Они изначально не собираются умирать. А надеются таким образом

обратить на себя внимание вечно занятых взрослых. К сожалению, иногда скорая не успевает приехать вовремя и "смерть понарошку" становится реальностью.

-И самый тревожный симптом, это когда ребенок часто представляет, как всем будет плохо, если он умрет. Как показывает практика, очень часто причина для самоубийства бывает надумана или совсем пустяковая. Она служит лишь последней каплей для отчаявшегося ребенка. А истинная причина кроется далеко внутри, и родители могут ее даже не замечать. Дети, которых удалось спасти, рассказывают, что мысль о самоубийстве посещала их достаточно часто. Сначала это была лишь фантазия. Но когда слишком часто о чем-то размышляешь, то идея уже не кажется такой абсурдной. И постепенно фантазия приобретала все более реальные черты.

Кто виноват? - Виноваты в первую очередь родители. Если внимательно понаблюдать за семьями, где дети предпринимали попытки самоубийства, то окажется, что их благополучие лишь кажущееся. На самом деле эти семьи можно отнести в разряд неблагополучных, но не с материальной точки зрения, а с психологической. Все дело во внутрисемейной атмосфере.

Ребенок должен знать, что все проблемы можно решить. И именно родители воспитывают эту уверенность в своих силах. Необходимо не потерять тонкую грань между самостоятельностью и отчуждением. У ребенка должна быть та "жилетка", в которую можно в любой момент излить все свои проблемы. Даже взрослым (не говоря о детях) в трудные минуты необходима поддержка и сочувствие. Ребенок должен знать, что родители всегда его поймут или, по крайней мере, попытаются понять.

Еще Э. Дюркгейм (1912) выделил четыре основных мотива суицидов: *альтруистический и эгоистический*, с одной стороны, *фаталистический и анемический* – с другой. Действительно, сознательный уход из жизни возможен во имя какой-то большой цели, убеждений, ради спасения людей и т. д. Такие поступки, совершаемые по альтруистическим мотивам, высоко оцениваются обществом. Однако в подростковом возрасте мотивы суицидальных действий чаще всего эгоистические. Нередко при анализе суицидов путают понятия: причина, условия и повод. Еще в начале XX века известный российский суицидолог М. Я. Феноменов (1914) писал о необходимости различения понятий мотива и причины суицида, подчеркивая, что для социолога важна в первую очередь причина самоубийства, в то время как для психолога – мотив.

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Оно уходит своими корнями в социально психиатрический анализ проблемы. Причина – это

все то, что вызывает и обуславливает суицид. А. Г. Амбрумова (1983) основной причиной суицидальных действий считает социально-психологическую дезадаптацию личности. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.). От причины следует отличать условия и повод. Под условиями понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причины суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

Повод, в отличие от причины, – это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин. А. Е. Личко (1974) к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит:

- 1) потерю любимого человека;
- 2) состояние переутомления;
- 3) уязвленное чувство собственного достоинства;
- 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;
- 5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;
- 6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Д. Д. Федотов (1978) отмечают, что суицидальные попытки и намерения (по типу истерических реакций) чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности, в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом других наркотических средств, вследствие присущих данному возрасту сексуальных проблем. Суициды и покушения, обусловленные психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции), по данным авторов, чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения по разным причинам из учебного заведения, измены. А. А. Султанов (1983), изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

- 1 Дезадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний.

2 Конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.

3 Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

С. В. Бородин и А. С. Михлин (1978) классифицируют мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке уменьшения их удельного веса) на следующие группы:

1 Лично-семейные конфликты, в том числе:

- несправедливое отношение (оскорбление, обвинения, унижения) со стороны окружающих;
- ревность, супружеская измена, развод;
- потеря значимого другого, болезнь и смерть близких;
- препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;
- неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других;
- одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;
- неудачная любовь;
- недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;
- половая несостоятельность.

2 Состояние психического здоровья:

- реальные конфликты у психически больных;
- патологические мотивировки;
- постановка психиатрического диагноза.

3 Состояние физического здоровья:

- соматические заболевания, физические страдания;
- уродства.

4 Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

- опасение судебной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора;
- самоосуждение за неблаговидный поступок.

5 Конфликты в профессиональной или учебной сфере:

- несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;
- несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

6 Материально-бытовые трудности (либо завышенные притязания).

7 Другие мотивы и поводы.

Становление различных концепций самоубийства сопровождалось выдвижением соответствующих классификаций. Мы воспользуемся типологической моделью, принятой в отделе экстремальных состояний МИН психиатрии. Она построена на

основе психологической теории деятельности (А.Н. Леонтьев) и концепции суицида как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликтов (А.Г. Амбрумова).

Данную классификацию можно представить в виде схемы:

Антивитальное переживание.

Внутреннее суицидальное поведение.

- 1 Пассивные суицидальные мысли.
- 2 Суицидальные замыслы.
- 3 Суицидальные намерения.

Внешние формы суицидального поведения.

- 1 Подготовка к суициду.
- 2 Суицидальная попытка.
- 3 Завершенный суицид.

Типы личностного смысла:

- 1 Протест, месть.
- 2 Призыв.
- 3 Избегание (наказания, страданий).
- 4 Самонаказание.
- 5 Отказ.

Постсуицидальное состояние.

По отношению к суициду:

- 1 Критический.
- 2 Манипулятивный.
- 3 Аналитический.
- 4 Суицидально-фиксированный.

По времени:

- 1 Ближайший постсуицид - 1 неделя.
- 2 Ранний постсуицид - до 1 месяца.
- 3 Поздний постсуицид - до 5 месяцев.

А теперь, подробнее по каждому пункту.

Антивитальные переживания - размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: —жить не стоит!, —не живешь, а существуешь!, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Пассивные суицидальные мысли – характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни.

Примером являются высказывания: хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться и т.п.

Суицидальные замыслы - активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслам волевого компонента. Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток реализации называется **пресуицидом**. Он может быть острым и хроническим.

Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она проходит в 2 фазы. Первая - обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая - необратимая. Появление суицидальной цели и дальнейшее ее превращение в самостоятельный мотив, обладающий побудительной силой, обуславливается ситуацией конфликта у дезадаптированных лиц, то есть препятствием к удовлетворению актуальной потребности.

1. **“Протестные” формы** суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл в отрицательном воздействии на объективное звено. “Мечь” - конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. При поведении типа **“призыва”** смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

3 При суицидах **“избегания”** суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл - избегание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4 **“Самонаказание”** можно определить как —протест во внутреннем плане личности, конфликт при своеобразном расширении —Я, интериоризации и сосуществовании 2х ролей: “Я - судьи” и “Я - подсудимого”, уничтожение в себе врага.

5 При суицидах **“отказа”** мотивом является отказ от существования, а целью - лишение себя жизни.

Постсуицид представляет собой —результатирующую таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его —психическим и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимация, соматические последствия, новая ситуация и личностное отношение к ней.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных **компонента**:

- 1 Актуальность конфликта.
- 2 Степень фиксированности суицидальных тенденций.
- 3 Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 типа *постсуицидальных состояний*:

1 Критический.

- Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
- Суицидального мотива нет.
- Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменит положения, не разрешит ситуацию. Вероятность повторения - минимальная.

2 Манипулятивный.

- Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3 Аналитический.

- Конфликт по-прежнему актуален.
- Суицидальных тенденций нет.
- Отношение - раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4 Суицидально - фиксированный.

- Конфликт актуален.
- Суицидальные тенденции сохраняются.
- Отношение к суициду положительное.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.

Рассматривая суицидальное поведение детей, необходимо учитывать, что понятие смерти как категории прекращения жизни у них, как правило, не сформировано. Таким образом, суициды ребенка и взрослого человека принципиально различны. До 3-х лет ребенок еще не имеет границ, отделяющих его от окружающего мира, не различает мертвое и живое. У него нет представлений о времени, о будущем, а значит, и о смерти. Если в течение первых лет жизни ему приходится сталкиваться с феноменом смерти, то возникающие в связи с этим представления и эмоции, лишь отражают реакции на смерть значимых для него людей, особенно матери. Суициды в этом возрасте встречаются крайне редко.

У дошкольников некоторые представления о смерти уже, как правило, сформированы. Однако при этом они часто считают смерть уделом исключительно стариков, не допуская мысли о возможности прекращения собственной жизни. Кроме того, у большинства детей этого возраста нет понимания необратимости смерти. У школьников уже отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти, хотя смерть еще продолжает оцениваться ими как временное явление. При этом у многих все же присутствует страх умереть, чаще – страх смерти родителей.

Причинами суицидов у детей 7-10 лет чаще всего являются развод родителей, смерть близкого человека, животного и всё чаще – наркозависимость. Нарастающая социальная дезадаптация, одиночество, нравственные и физические страдания, отсутствие перспективы порождают тревогу, агрессию, аутоагрессию, нередко выражающиеся в суицидальном поведении.

Подросткам свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, что и находит свое отражение в молодежной субкультуре. Тема смерти является особенно привлекательной, нередко она приобретает для юношей и девушек даже ореол таинственной романтичности.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – явление относительно редкое, бывает связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции, в первую очередь реакция оппозиции, но с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет.. Существует и противоположное мнение, согласно которому в детском возрасте, по сравнению с подростковом, суицидальное поведение носит более серьезный характер.

Е. Шир отмечает, что большинство суицидальных действий в подростковом возрасте, будучи микро-социально обусловленными (отношения в семье, в школе и т.п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока.

1.5 Ожидаемые результаты освоения Программы

1. Своевременное выявление суицидальных рисков у несовершеннолетних.

2. Успешная социально-психологическая реабилитация детей с суицидальными наклонностями.
3. Увеличение количества детей, подростков и их родителей, получивших достоверную информации об особенностях кризисных этапов жизни и путях ее преодоления.
4. Помощь несовершеннолетним и их родителям лучше адаптироваться к социальным условиям через психологические и психотерапевтические методы и приёмы профилактики суицидального поведения.
5. Повышение самооценки несовершеннолетних, стимулирование процесса развития и роста их индивидуальности.
6. Вовлечение в мероприятия по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних образовательных, медицинских, спортивных и иных организаций;

1.6 Оценка качества реализованной Программы

Критерии оценки и диагностический инструментарий программы

На протяжении реализации программы планируется проведение промежуточной диагностики результатов работы. Оценивать конечный результат программ планируется с помощью диагностического инструментария:

- 1) Экспертная оценка. В роли экспертов выступают социальные педагоги, психологи и специалисты по социальной работе ОПСиД. Специалисты подводят итоги по каждой семье, участвующей в Программе: насколько изменилось положение в семье, помогла ли им эта Программа.
- 2) Включенное наблюдение и психологические беседы во время индивидуальных тренинговых занятий.
- 3) Проективные методики обследования эмоционально-психологических аспектов поведения и личностной сферы.
- 4) Тесты-опросники «Диагностика межличностных отношений в группе», анкетирование и опросник Басса-Дарки, методика измерения родительских установок и реакций (PARY)
- 5) Мониторинг семейной ситуации.

Таким образом, в реализации программы большое внимание будет уделено социальному партнерству с родителями, опоре воспитательного потенциала семьи.

Показатели эффективности реализации Программы

- Построение активной социальной, в том числе образовательной среды, обеспечивающей формирование позитивных психологических установок и ценностей ЗОЖ.
- Увеличение числа детей из неблагополучных семей, занимающихся в кружках, спортивных секциях по месту жительства, так и в учреждениях дополнительного образования.
- Увеличение охвата детей и родителей профилактической программой, направленной на ЗОЖ.

II. СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

2.1. Основные направления работы с несовершеннолетними с суицидальными наклонностями

Программа работы психолога по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних включает в себя следующие направления деятельности.

1. Психодиагностическое – в рамках данного направления осуществляется выявление детей, входящих в “группу риска” по проблеме суицида, т.е. с суицидальным поведением (суицидальные мысли, попытки самоубийства). А также углубленная диагностика детей, входящих в группу суицидального риска.
2. Консультационное – в процессе реализации данного направления психолог проводит консультирование с родителями несовершеннолетних и обсуждение с ними результатов диагностики их ребенка; индивидуальное консультирование несовершеннолетних, входящих в группу суицидального риска, обсуждение с ними результатов диагностик.
3. Просветительское – в рамках данного направления организуются беседы, лекции с несовершеннолетними, входящими в «группу риска», родительские собрания, проводимые психологом с целью предоставить участникам Программы наиболее важную и значимую информацию по проблеме детского суицида.
4. Коррекционно-развивающее – в процессе данного направления психолог проводит с несовершеннолетними групповые, а также индивидуальные коррекционно-развивающие занятия с целью развития личности, укрепления и совершенствования психологического здоровья несовершеннолетних, нормализацию межличностных отношений, развития чувства собственного достоинства и преодоления неуверенности в себе.

2.2 Этапы реализации Программы

Работа с семьей несовершеннолетнего с суицидальным поведением проводится по следующим этапам:

1-й этап Информационно-аналитический

Предполагает сбор и анализ сведений о родителях и детях, изучение семей, их трудностей и запросов, а также выявление готовности семьи к сотрудничеству. На этом этапе используются следующие методы: опрос, анкетирование, интервьюирование, наблюдение, комплексное диагностическое обследование. Установление контакта, налаживание доверительных отношений с родителями,

положительных основ для дальнейшего сотрудничества. Социально-педагогическая и психологическая диагностика семьи. Изучение микроклимата в семье, стилей воспитания. Уточнение информации о родителях, их социальном статусе, о других ближайших родственниках. Материальное обеспечение и жилищно-бытовые условия. Изучение взаимоотношений между взрослыми в семье. Знание и применение методов и приемов воспитательного воздействия.

- Диагностика причин семейного неблагополучия.

- посещения на дому, акты обследования жилищно-бытовых условий, консультации, беседы, анкетирование, анализ информации о семье из документации, опрос;

- использование методов психологической диагностики (тесты, проективные методики и т.д.); заполнение социального паспорта, карты социально-психологической помощи ребёнку. В начале каждого учебного года осуществляется углубленная диагностика.

Целями диагностики являются:

- раннее выявление неблагополучных семей с целью реализации комплекса мер оказания социально-психологической помощи детям, подросткам и семьям;
- координация усилий всех органов, работающих с семьями социального риска;
- ознакомление семей с правовыми нормами.

С целью укрепления контактов внутри семьи привлекаются три поколения (бабушка, дедушка; мама, папа; ребёнок, подросток). Если родители идут на контакт с психологом и социальным педагогом, можно переходить ко 2-му этапу взаимодействия с семьей. Если контакт не установлен, то воздействие семье могут оказывать органы милиции, отдел опеки и попечительства, КДН и др.

2-й этап Содержательно-практический

Предусматривает проведение мероприятий, направленных на решение основных задач по установлению сотрудничества с семьями для повышения мотивации родителей к профилактике суицидального поведения ребенка, а также решение конкретных проблем семьи, повышение уровня социальной компетентности родителей, социально-психологическая работа с семьей. На этом этапе два основных взаимосвязанных направления работы: повышение уровня педагогической культуры родителей и практическое обучение родителей новым навыкам взаимодействия с ребенком. Особое значение приобретает реализация направления, предусматривающего повышение уровня педагогической культуры родителей. Актуальная задача по поддержке компетентности родителей состоит в терпеливом предоставлении им возможности вместе со специалистом эмоционально прожить как негативные, так и позитивные последствия применяемых воспитательных мер. Также важно практически показать, как можно

выйти за пределы своих стереотипов на новые действия, переживания и мысли, рождающие искреннее и живое общение с ребенком в семье.

Обработка результатов социально-педагогической и психологической диагностики. Подведение итогов. Установление ведущей причины суицидальности несовершеннолетнего.

Выбор форм и методов работы в зависимости от ведущей причины неблагополучия и путей их реализации.

- Алкоголизованные семьи
- **Семья с детьми суицидального риска.**
- Конфликтная семья, где дети подвергаются жестокому обращению.
- Семьи, в которых наблюдается кризис детско-родительских отношений (самовольные уходы детей из дома, безнадзорность, бродяжничество, попрошайничество.)
 - Семьи с родительской некомпетентностью и индифферентностью (отчужденность родителей, пренебрежение нуждами детей, воспитание детей ближайшими родственниками (бабушка, дедушка, дядя, тётя).

3-й этап Итоговый предполагает анализ эффективности мероприятий Программы. Наблюдение за семьей. Отслеживание динамики развития детско-родительских отношений. Изучение психологического микроклимата в семье. Подведение итогов психолого-педагогического взаимодействия с семьёй «группы риска».

Основные шаги психологической работы по профилактике и предупреждению суицидального поведения несовершеннолетних.

Существует пошаговый алгоритм действий по профилактике и предупреждению суицидального поведения несовершеннолетних.

ШАГ 1. Собеседование с социальными педагогами.

Первым этапом в работе по профилактике и предупреждению суицидального поведения детей и подростков является определение круга лиц, которым необходима организация данной деятельности. Для этого, психолог проводит собеседование с социальными педагогами, в процессе которого выявляют детей с признаками суицидального поведения, с резкими изменениями в поведении, детей эмоционально подавленных, находящихся в субдепрессивном состоянии и т.п.

После этого составляется список детей, с которыми будет проводиться работа по профилактике суицидального поведения.

ШАГ 2. Организация беседы с несовершеннолетними.

Психологическая работа на данном этапе начинается с выступления педагога-психолога на классных часах и проведения беседы с учащимися по теме “Как помочь другу, когда все плохо?” (*Приложение 1*). В процессе беседы психолог рассказывает учащимся о том, что нужно знать о суициде, для того чтобы помочь другу или знакомому. По каким признакам ребенок может понять, что его друг собирается совершить суицид и самое главное, как ему можно помочь. Кроме этого, необходимо рассказать детям о том, к кому они могут обратиться, если ситуация становится для них или их друзей непреодолимой. Рассказать о работе психолога, о том, что каждый учащийся может получить бесплатную, а самое главное конфиденциальную помощь. Также рассказать о круглосуточной работе телефона доверия, куда каждый может позвонить, если ему требуется помощь. После проведенных бесед психолог самостоятельно или совместно с учащимися, подготавливает стенд, на котором будет отражена основная информация по теме “Если друг попал в беду”, где будут указаны адреса и телефоны города, куда ребенок, попавший в затруднительную ситуацию, может обратиться за помощью.

ШАГ 3. Информационный час для педагогов общеобразовательных учреждений.

Кроме бесед с несовершеннолетними, психолог проводит информационный час с учителями “Предупреждение суицида среди обучающихся. Основные признаки суицидального поведения”. В процессе данного мероприятия учителя знакомятся с типами суицидального поведения, с мотивами суицидальных попыток. Далее педагоги узнают о том, кто из детей входит в группу суицидального риска, т.е. кто из учащихся наиболее подвержен и склонен к совершению суицида. Кроме этого им необходимо знать поступки, жалобы и проявления суицидального поведения детей. В завершении семинара психолог дает общие рекомендации о том, как вести себя с обучающимся, который на их взгляд, склонен к суициду или имел в прошлом попытки к самоубийству.

ШАГ 4. Выступление на родительском собрании.

При необходимости организуется родительское собрание для беседы на тему “Предупреждение суицида среди детей. Помощь родителей в преодолении

трудностей ребенка” На родительском собрании психолог рассказывает о том какое негативное влияние оказывает неблагополучная семейная ситуация на эмоционально-личностное состояние ребенка. Родителю важно знать о признаках (словесных, поведенческих, ситуационных), мотивах и факторах суицидального поведения. Также психолог знакомит участников с наиболее распространенными причинами суицида среди детей и подростков. Кроме этого, рассказывает родителям несовершеннолетних о том, что люди имеют неправильное представление о суицидах, поэтому часто упускают момент помощи, в которой нуждается человек. Профилактику самоубийств необходимо начинать с развенчания “мифов”, объясняющих действия суицидентов. И, самое главное, о чем должен сказать психолог на родительском собрании это о том, что нужно делать взрослому и чего делать нельзя, если для его ребенка характерно суицидальное поведение.

ШАГ 5. Проведение скрининг-диагностики.

В проведении скрининг-диагностики могут помочь социальные педагоги. Они знают несовершеннолетних, их семьи, характер, особенности поведения и семейную ситуацию. Поэтому, психолог совместно с социальным педагогом, воспользовавшись картой риска и индикаторами суицидального поведения заполняют индивидуальный маршрут сопровождения на каждого несовершеннолетнего, склонного к суициду (*Приложение 4*)

Внимание! На всех этапах психологического сопровождения детей в максимально возможной степени психолог и социальный педагог должен соблюдать принцип конфиденциальности полученной информации о психологических особенностях ребенка, его семейной ситуации, его проблемах и переживаниях. Документация («Карты сопровождения», заполненные бланки тестов, их результаты и проч.) не должна быть доступна детям. При проведении тестирования фамилии на бланках лучше заменять кодами.

ШАГ 6. Выявление несовершеннолетних, склонных к суицидальному поведению

После проведения диагностики психолог совместно с социальным педагогом обсуждают каждого ребенка с суицидальным риском и составляют список детей, входящих группу суицидального риска.

ШАГ 7. Беседы с несовершеннолетними с суицидальной предрасположенностью и суицидальным поведением

Психолог приглашает несовершеннолетних с суицидальной предрасположенностью для индивидуальной беседы, в процессе которой выясняет, есть ли наличие личностных и (или) эмоциональных проблем у ребенка, причины его неблагоприятного эмоционального состояния, а также нуждается ли он в помощи взрослых или конкретно в помощи психолога и т.п.

В *приложении 5* представлена структура психокоррекционной работы с несовершеннолетними с суицидальной предрасположенностью.

Внимание! Крайне желательно на протяжении всей работы с несовершеннолетними не употреблять слово «суицид», заменяя его понятиями «кризисные состояния», «невротические состояния» или «трудности адаптации». Детям можно объяснить цель деятельности как психологическую помощь, заботу об успешной будущей адаптации в жизни, как заботу о «здоровье телесном, которое связано с психологическим».

Если после индивидуальной беседы выяснилось, что серьезных поводов для беспокойства нет, то на этом работа психолога с ребенком заканчивается.

Если у ребенка выявилось наличие личностных, психологических проблем, то психолог переходит к следующему шагу.

ШАГ 8. Получение согласия родителей на работу психолога с несовершеннолетним, склонных к суицидальному поведению

Прежде чем начать работу с ребенком, психолог должен учитывать, что подобного рода деятельность проводится с детьми до 14 лет только с письменного разрешения родителей (*Приложение 6*), а с детьми 15 лет и старше с их собственного согласия. Поэтому одна из основных задач психолога на этом этапе в доступной и понятной для ребенка и его родителей форме объяснить цель данной работы, для чего она проводится, какие методы будут применяться психологом в работе с ребенком и т.п. Но главное сделать акцент на том, что вся работа будет проводиться только на благо и в интересах ребенка с целью помочь ему в возникших трудностях и предупредить появление новых возможных проблем.

Внимание! При наличии письменного отказа родителей от работы с их ребенком психолога психологическое сопровождение этого ребенка проводить нельзя.

ШАГ 9. Беседа с классным руководителем.

Далее психолог может поговорить с классным руководителем несовершеннолетнего, чтобы тот постарался предупредить негативное влияние на подростка со стороны школы, одноклассников, учителей. Данная работа в первую очередь должна быть направлена на преодоление трудностей, возникших у ребенка и на снижение у него риска суицидальной попытки.

ШАГ 10. Проведение углубленной диагностики.

После получения согласия от родителей несовершеннолетнего с ним необходимо провести углубленную диагностику на наличие скрытых проблем и выявления причин эмоционального неблагополучия. Такая работа особенно важна, если ребенок замкнут и старается не рассказывать о своих трудностях.

В процессе работы используется ряд основных методик способных прямо или косвенно определить склонность подростка к суицидальному поведению:

1. Опросник для оценки суицидальности “Диагностика суицидального поведения подростков” (мод. Опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности для подросткового возраста»);
2. Тест “Ваши суицидальные наклонности”(проективная методика З.Королевой) и тест “Ваши мысли о смерти”(Л.Б. Шнейдер);
3. Методика «Карта риска суицида» (мод. для подростков Л.Б. Шнейдер);
4. Методика выявления суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкович);
5. МПДО (модификация методики А.Е. Личко ПДО);
6. Шкала определения уровня депрессии;
7. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда;
8. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова);
9. Опросник суицидального риска (мод. Т.Н. Разуваевой);
10. Диагностика враждебности (шкала Кука – Медлей);
11. «Одиночество» (опросник С.Г. Корчагиной);
12. Личностный опросник Г.Шмишека;
13. **Тест “Суицидальная мотивация”.** Данная методика применяется в работе с детьми уже совершившими попытку суицида.

После проведения углубленной диагностики психолог обрабатывает и интерпретирует результаты исследования, составляет отчет.

ШАГ 11. Консультации несовершеннолетних и их родителей по результатам диагностики.

По необходимости психолог приглашает на повторную консультацию несовершеннолетних и, если тот не против, его родителей. Родителей лучше пригласить на консультацию отдельно.

На консультации обсуждаются результаты углубленной диагностики несовершеннолетнего: наличие (отсутствие) суицидальных мыслей, слов, действий и т. п... Выявленные особенности личности, которые привели к суицидальному поведению, наличие (отсутствие) депрессивного, тревожного состояния у несовершеннолетнего и причин его появления.

Если в процессе углубленной диагностики психолог выявил у ребенка явную склонность к самоубийству, если выяснилось, что ребенка не редко посещают мысли о самоубийстве, и что еще более серьезно, подросток не раз обдумывал способы суицида, то такого подростка необходимо направить на прием к врачу психиатру, психотерапевту. А психолог в данном случае переходит на этап наблюдения.

Если же у ребенка имеется наличие психологических проблем, но явной склонности к суициду не обнаружено, то психолог переходит к следующему шагу.

Психолог дает рекомендации только родителям, разработанные на основе выявленных проблем ребенка

ШАГ 12. Индивидуальный маршрут сопровождения несовершеннолетнего, склонного к суицидальному поведению.

Индивидуальная карта сопровождения (**Приложение 4**) может включать в себя следующие пункты.

- Ф.И. ребенка
- Возраст
- Результаты диагностики и краткая характеристика выявленных проблем
- Цель
- Задачи
- Направления, формы и методы работы
- План сопровождения
- Планируемые результаты
- Критерии достижения планируемых результатов

– Итоговая диагностика

Индивидуальный маршрут сопровождения несовершеннолетнего суицидального риска разрабатывается на основе результатов углубленной диагностики и выявленных проблем. На решение данных проблем и должно быть направленно сопровождение ребенка.

Шаг 13. Организация коррекционно-развивающей работы.

1. Индивидуальные профилактические, поддерживающие консультации несовершеннолетних. Цель таких консультаций – оказание эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом или экзистенциальном кризисе. Главным методом в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная беседа.
2. Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия на преодоление выявленных проблем (*Приложение 2*). Для детей, склонных к самоубийству, характерна повышенная аутоагрессия и незрелость приемлемых способов выражения своего недовольства по отношению к другим людям. Неосознанная, подавляемая агрессия по отношению к другим людям может быть пережита подростком как ненависть к самому себе. При этом, может быть ярко выражено негативное самовосприятие в сочетании с неустойчивой самооценкой. В связи с этим работа психолога с ребенком направлена на развитие положительных личностных качеств и черт, на развитие у него позитивного самоотношения, а также на формирование адекватной самооценки. Таким образом, коррекционно-развивающие занятия должны включать упражнения по снятию негативных эмоций, которые копятся у несовершеннолетних; по формированию умений разбираться в своих чувствах и отношениях; по обучению социальным навыкам, навыкам общения со сверстниками и умениям преодоления стресса; по повышению самооценки подростка, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.
3. Работа с родителями несовершеннолетнего с суицидальными наклонностями.. Кроме индивидуальной работы с несовершеннолетними психолог должен направить свою деятельность на улучшение психологического климата в семье ребенка, помочь родителям принять негативные чувства ребенка и развить навыки общения с ним. Тренинг детско-родительских отношений способствует коррекции детско-родительских взаимоотношений, формированию взаимопонимания, толерантности, положительного эмоционального настроения. (*Приложение 3*)

Также в рамках данного направления организовывается совместная встреча родителей и несовершеннолетних, склонных к суициду, для проведения с ними

профилактического занятия. Цель такого занятия предупреждение случаев совершения суицидальных попыток подростков.

4. Групповые практические занятия. При необходимости можно включить несовершеннолетнего в групповую работу. Для этой цели разработаны групповые профилактические занятия для детей с суицидальной предрасположенностью “Мы выбираем жизнь!”. Эта работа направлена на развитие личности, укрепление и совершенствование психологического здоровья детей и подростков, нормализацию межличностных отношений, на развитие чувства собственного достоинства и преодоление неуверенности в себе, на мышечную релаксацию и на включение механизмов саморегуляции.

Важно! В процессе коррекционной работы необходимо оценивать психологическое и эмоциональное состояние детей и при необходимости подключать помощь психотерапевта.

Шаг 14. Повторная диагностика несовершеннолетних.

После завершения различных видов коррекционной работы проводится контрольная диагностика несовершеннолетних, позволяющая оценить эффективность проделанной работы. Желательно проводить контрольную диагностику отсрочено, по прошествии 3 – 4 недель с момента окончания работы, чтобы приобретенные во время занятий навыки прошли «коррекцию жизнью». Для ее проведения необходимо применять методы, используемые ранее. Таким образом, можно будет сравнить те же показатели, которые были выявлены при первичном обследовании ребенка.

ШАГ 15. Наблюдение за несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению.

Работа психолога с детьми с суицидальными попытками или суицидальным поведением не прекращается после коррекционной работы. Психолог держит на контроле несовершеннолетних суицидального риска, при необходимости оказывает им соответствующую консультационную и коррекционную помощь. Для организации этой работы дети, склонные к суицидальному поведению выделены в особую картотеку, с ними периодически проводится профилактическая работа.

ШАГ 16. Снятие несовершеннолетних с суицидальным поведением с психологического учета.

Показания для снятия с учета:

- успешное прохождение курса психологической коррекции;
- наличие наблюдаемых положительных изменений в эмоциональной и поведенческой сферах;
- стабильные в течение не менее полугода благоприятные результаты психологических тестов;
- стабильные в течение не менее полугода объективные и субъективные признаки социальной адаптации;
- отсутствие стрессогенной ситуации.

Внимание! Не спешите снимать с учета детей «группы риска» с благоприятными срезowymi результатами, но сохраняющих поведенческие особенности, на основании которых они были занесены в «группу риска».

2.3 Содержание профилактической работы в рамках Программы

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Принципы общения с суицидентом

Главная цель помощи – предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство.

Меры предотвращения суицидальных попыток

- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации.
- Уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение.
- Формирование компенсаторных механизмов поведения.
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Шаги неотложной помощи - кризисная интервенция.

- Первый шаг – беседа (1,5 – 2 часа). Установление контакта и достижение доверия. Для этого необходимо убеждать несовершеннолетнего в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для тебя?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание».
- Второй шаг – интеллектуальное овладение ситуацией. На данном этапе беседы также используются такие приемы, как повторение содержания высказывания, отражение и разделение эмоций, вербализация суицидальных переживаний, поиск источников эмоций.
- Третий шаг – «заключение контракта» – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации и наиболее приемлемых для подростка. На этом этапе важно препятствовать уходу несовершеннолетнего от сути кризиса и от поиска позитивных альтернатив (прием «фокусирования на ситуации»). Основные

приемы: интерпретация, побуждение к планированию и оформлению ясного конкретного плана, удержание паузы с целью стимулирования инициативы пациента и предоставления необходимого времени для проработки.

□ Четвертый шаг – активная психологическая поддержка и повышение уверенности в своих силах. Ведущие приемы на этом этапе: логическая аргументация, убеждение, рациональное внушение, актуализация личностных ресурсов.

Тактика кризисной интервенции

□ Оценить степень риска самоубийства. Определить серьезность возможного самоубийства.

□ Не оставлять несовершеннолетнего одного в ситуации высокого суицидального риска. Остаться с ним как можно дольше или попросить кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь.

□ Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

□ Принимать суицидента как личность. Допустите возможность, что несовершеннолетний действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство.

□ Установите заботливые взаимоотношения.

□ Будьте внимательным слушателем.

□ Не спорьте.

□ Задавайте вопросы.

□ Не предлагайте неоправданных утешений.

□ Предложите конструктивные подходы.

□ Вселяйте надежду.

Виды и формы оказания психологической помощи детям в критической ситуации

□ **Игротерапия.** Основной формой работы психолога с детьми, пережившими критическую ситуацию, является использование разного вида игр. Для работы с детьми используется свободная игра и директивная (управляемая). Регрессивная игра предполагает возврат к менее зрелым формам поведения (например, ребенок превращается в совсем маленького, просит взять его на руки, сюсюкает, ползает, берет соску ит. д.). Реалистическая игра зависит от объективной ситуации, в которой оказывается ребенок, а не от потребностей и желаний ребенка. Например, ребенок хочет играть в то, что он видел и пережил дома: обыск, пьянку, драку, насилие. А ему предлагают играть в то, что он видит в данном учреждении: цирковое представление, театральные спектакль, день рождения, праздник и т. д. Агрессивная игра – это игра в войну, наводнение, насилие, убийство. В своих играх дети могут постоянно возвращаться к пережитым стрессовым ситуациям и будут переживать их до тех пор, пока не привыкнут к тому, что они пережили. Постепенно переживания станут менее острыми и сильными, и дети смогут

переносить свои переживания на другие объекты. Но для этого психолог должен научить детей способам нового поведения и другим переживаниям. Для организации таких игр можно использовать неструктурированный игровой материал: воду, песок, глину, разного вида пластилин. С таким игровым материалом ребенок косвенно выражает свои желания, эмоции, так как сам материал способствует сублимации. Более эффективной оказывается деятельность, если психолог организует игры с таким материалом в директивной форме. Для проведения реабилитационной работы хорошо включать структурированный игровой материал, который провоцирует детей на выражение собственных желаний, овладение социальными навыками, усвоение способов поведения. Для этого эффективным является использование человеческих фигурок, символизирующих семью, машин, предметов и кукол, наборов игрушек и т.д. Например, фигурки семьи, машины, постельные принадлежности провоцируют желание заботиться о ком-то; оружие – способствует выражению агрессии; телефон, поезд, машинки – использованию коммуникативных действий. Организовывая игры с детьми, необходимо вести наблюдение за тем, что ребенок игнорирует: какие игрушки, какого цвета и какой формы, а также фиксировать невозможность ребенка играть с определенной игрушкой. Помимо применения игры с использованием игрушек, в работе с детьми можно порекомендовать следующие виды игр: игры-развлечения (догонялки, щекотка и др.), игры-упражнения (борьба, лазание, бег), сюжетные игры (основанные на подражании взрослым), процессуально-подражательные игры (подражают оркестру, машинам и т.д.), традиционные народные игры (волчок, краски и т.д.), сюжетно-ролевые (семья, дом, театр и т.д.). Для проведения реабилитационной работы на базе игротеки необходимо разрабатывать специальную программу, основанную на применении игротерапии. Возможности игротеки для проведения психокоррекционной работы с детьми разных возрастов очень широки. При проведении реабилитационной и психокоррекционной работы посредством игротеки можно помочь подгруппе или группе детей ощутить единение с другими, укрепить веру в себя, научиться принимать самостоятельные решения и сочетать их с решениями группы, сотрудничать, договариваться с другими, уважать других, сочувствовать им и т. д.

□ **Арттерапия.** Данный метод построен на использовании искусства как символической деятельности. Применение этого метода имеет два механизма психологического коррекционного воздействия. Первый направлен на влияние искусства через символическую функцию реконструирования конфликтной травмирующей ситуации и нахождение выхода через переконструирование этой ситуации. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить реакцию переживания негативного аффекта в сторону формирования позитивного аффекта, приносящего наслаждение. В работе с детьми психолог, используя игротерапию, дополняет ее арттерапевтическими методами. Различают несколько видов арттерапии: рисуночная, основанная на изобразительном искусстве, библиотерапия, психодрама и музыкальная терапия. Наиболее благоприятным для решения коррекционных и реабилитационных задач является изображение

художественных образов, позволяющих ребенку реализовать все преимущества искусства и творчества. В практической работе с детьми зарекомендовали себя два способа использования рисуночной терапии – директивная и недирективная. В большинстве же случаев используется разумное сочетание элементов двух терапий. Ребенку задается тема рисования и предоставляется свобода в экспериментировании и поиске наиболее адекватной формы ее выражения. Можно использовать в работе с детьми следующие виды заданий и упражнений:

1 Предметно-тематический тип – рисование на свободную и заданные темы. Примером таких заданий являются рисунки "Моя семья", "Я в школе", "Мой новый дом", "Мое любимое занятие", "Я сейчас", "Я в будущем" и т. д.

2 Образно – символический тип – изображение ребенка в виде образов. Темы могут быть такие: "Добро", "Зло", "Счастье", "Радость", "Гнев", "Страх" и т. д.

3 Упражнения на развитие образного восприятия: "Рисование по точкам", "Волшебные пятна", "Дорисуй рисунок". В их основе лежит принцип проекции.

4 Игры-упражнения с изобразительным материалом для детей младшего дошкольного возраста – экспериментирование с красками, бумагой, карандашами, пластилином, мелом и др. "Рисование пальцами рук и ног", "Разрушение-строительство", "Наложение цветowych пятен друг на друга" и т. д.

5 Задания на совместную деятельность – сочинение сказок, историй с помощью рисования. Используются приемы последовательного поочередного рисования типа "Волшебные картинки" – один начинает, другой ребенок продолжает и т. д.

□ **Музыкотерапия.** Отдельным видом психологической помощи может быть специально организованная работа с использованием музыкальных произведений и инструментов. Можно рекомендовать использовать музыкальные произведения классической музыки. Хорошо зарекомендовали в таком виде работы произведения Баха, Листа, Шопена, Рахманинова, Бетховена, Моцарта, Чайковского, Шуберта и некоторые виды духовной музыки. Предлагаемый вид работы направлен на организацию умения слушать музыку. Продолжительность времени использования музыкального произведения позволяет детям слушать музыку, испытывать разного рода переживания, прислушиваться к своим чувствам, вызывать эмоциональное состояние внутреннего равновесия, радости, снятия напряжения. При этом музыку можно слушать, закрыв глаза, зажмурившись, главное – ее слышать!

Работая с детьми, которые проявляют тревожность, беспокойство, испытывают страхи, напряжение, можно добавить задание. Например, при предъявлении спокойной музыки, которая вызывает приятные ощущения, ребенку дают инструкцию думать о предметах, которые вызывают у него страх, тревогу и т. д. Можно предложить детям ранжировать страшные ситуации от минимальных до самых сильных.

Взрослый может показать личным примером, как надо слушать музыку. С этой целью необходимо сесть рядом с ребенком, вместе слушать музыку, и т. д. Предварительно, перед слушанием музыки, можно спросить, что ребенок хочет почувствовать, слушая музыку: радость, приятные ощущения, хорошее настроение, теплоту, приятные воспоминания? Слушание классической и духовной музыки

поможет ребенку поупражняться в навыках социальной компетенции: умении считаться с чувствами других, не мешать другим, уважать чувства других детей, сопереживать вместе с другими под музыку и т. д. Несколько иное направление появляется с применением музыкальных инструментов, при игре вместе с ребенком на музыкальном инструменте. Вначале создается ситуация, что они исполнители музыки, потом – сочинители музыки, затем - играют в оркестре. Разновидностью такой работы является исполнение разных танцев под звучание музыкальных инструментов, на которых играют ребенок и психолог. Можно сочетать игру на музыкальных инструментах с движениями детей (ходьба по узкой, поднятой над полом дощечке – для преодоления чувства страха, неуверенности в себе и т. д.).

□ **Библиотерапия.** Метод воздействия на ребенка, вызывающий его переживания, чувства при помощи чтения книг. С этой целью психолог подбирает литературные произведения, в которых описаны страхи детей, формы переживания стрессовых ситуаций, выход из страшной для детей ситуации. Для проведения такого вида работы можно порекомендовать для детей разных возрастов использование произведений классиков литературы: Л.Н. Толстого, Б. Житкова, В. Осеевой, А. Гайдара и др. Это такие произведения, как "Трусиха", "Аришка-трусиха", "На льдине", "Обвал", "Честное слово", сказки "У страха глаза велики", "Мальчиш-Кибальчиш" и др. Использование произведений данной тематики опирается на возрастные особенности детей: заражаемость чувствами других, понимание чувств других и т. д.. Прослушав прочитанное или рассказанное произведение, дети понимают, что такие чувства, как страх, тревога, бывают у многих детей, они понимают, чем вызваны такие чувства, различают разного вида угрозы, угрожающие ситуации, причины страха. Вместе с героями литературных произведений дети переживают те же состояния и одновременно учатся, как можно поступить в той или иной ситуации, что позволяет детям расширить свою социальную компетенцию.

□ **Логотерапия.** Это метод разговорной терапии, который отличается от разговора по душам, направленного на установление доверия между взрослым и ребенком. Логотерапия предполагает разговор с ребенком, направленный на вербализацию его эмоциональных состояний, словесное описание эмоциональных переживаний. Вербализация переживаний может вызвать положительное отношение к тому, кто разговаривает с ребенком, готовность к сопереживанию, признанию ценности личности другого человека, Ребенок не всегда проявляет самоэксплорацию, т.е. меру включенности в беседу. Ее можно определить как минимальную, когда на ряд вопросов ребенку предлагают ответить кукле или использовать куклы, персонажи (Петрушка, Барби, Мальвина, Буратино, собака, тигр и т. д.). Дети могут использовать для этой цели свой любимый образ или игрушку. Использование данного метода предполагает появление совпадения внешней словесной аргументации и внутреннего состояния ребенка, приводящего к самореализации, когда дети делают акцент на личные переживания, мысли, чувства, желания. Для проведения такой работы психолог может предложить ребенку разговор о том, что он чувствовал, когда играл с другими детьми, что ему понравилось в игре с

отдельными детьми, что он испытывал, когда ходил в гости к другу и т.д. В случае затруднений описания своих эмоций и чувств можно предложить ребенку представить, что вместо него играла кукла. Для более эффективной работы с детьми можно использовать темные очки, разного вида маски, которые дети надевают на себя, и, отвлекаясь от собственных переживаний, рассказывают от имени кого-либо или по телефону. Психолог может использовать и разграничения пространства при разговоре с ребенком, например, предложить разговор из разных комнат, мест, где ребенок ощущает себя хозяином.

Метод свободных словесных ассоциаций. Данный метод используется психологами как метод искусства придумывания историй. Детям можно предложить по набору слов придумывать разные истории. Психолог предлагает слова, между которыми налицо смысловая связь: бабушка, девочка, волк, поезд и т. д.. Детям предлагается придумать любую историю, главное – чтобы истории не повторялись. Разновидностью применения такого метода является придумывание историй с использованием какого-то одного свойства предмета: например, придумать историю про страну, где все из стекла, из мыла, из дерева, из сахара, из конфет и т. д.

Психодрама, или драмтерапия. Использование в работе психолога кукольной драматизации. Взрослые (или старшие дети) разыгрывают кукольный спектакль, "проигрывая" конфликтные и значимые для ребенка ситуации, предлагая ему как бы со стороны посмотреть на данную ситуацию и увидеть себя в ней. С детьми, проявляющими тревогу, страх, пережившими стресс, различного вида травмы, наибольший эффект дает применение метода биодрамы. Суть его в том, что дети готовят представление, но все действующие лица в нем – звери. Дети распределяют между собой роли животных или зверей и проигрывают конфликтные и жизненные ситуации на примере животных. Разыгрывая спектакль, представление или ситуацию, дети действуют и говорят по-другому, чем с использованием кукол. Переживания детей, реализуемые через образы животных, отличаются от человеческих и в то же время помогают понять чувства других.

Гештальттерапия. Этот метод может быть применен психологом для индивидуальной работы с детьми, в беседах по душам. Проводится он как преобразование рассказа ребенка в действие. Примером может служить такой вид работы, как "Незаконченные дела", "У меня есть тайна", "Мои сновидения". Ребенок рассказывает психологу, что ему приснилось, а психолог просит показать, что снилось, с помощью движений, действий, материала, игрушек, масок, пластилина и т. д.

Самопомощь в критической ситуации

Способы борьбы с отрицательными эмоциями:

- Выговоритесь!
- Напишите письмо!
- Сделайте себе подарок!
- Помогите другому!
- Растворите печаль во сне (поспите)

Попробуйте: 1. Менять то, что можно изменить, и принимать как судьбу то, чего пока изменить невозможно. И всегда помните: когда Бог закрывает дверь, он обязательно открывает другую дверь.

3. Жить сегодняшним днем и получать от этого удовольствие.

4. Никогда не обижаться на судьбу и помнить, что все могло бы быть гораздо хуже.

5. Избегать неприятных людей и не раздражаться. Радуйтесь, что вы не такие.

6. Оценивать себя самим и поменьше беспокоиться о том, что о вас думают другие.

7. Больше общаться с интересными людьми.

8. Планировать свою жизнь, чтобы не тратить время понапрасну.

Экстренная психологическая помощь по телефону доверия

Основные принципы работы телефона доверия:

доступность в любое время;

анонимность (взаимная);

недирективность (отсутствие «психологического давления» на собеседника);

отказ от политических, религиозных и прочих установок в беседе.

Формы профилактики суицидального поведения

Организация социальной среды. Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например, через создание негативного общественного мнения по отношению к отклоняющемуся поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа (школа, класс) или конкретная личность. Профилактика суицидального поведения у подростков включает прежде всего социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни.

Информирование. Это наиболее привычное направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения её способности к принятию конструктивных решений. Перспективному развитию данного подхода может способствовать отказ от преобладания запугивающей информации, а также дифференциация по полу, возрасту, социально-экономическим характеристикам.

Активное социальное обучение социально-важным навыкам. Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов. В настоящее время распространены следующие формы:

1) Тренинг устойчивости к негативному социальному влиянию (развивает способность сказать «нет» в случае негативного давления сверстников).

2) Тренинг аффективно-ценностного обучения (формируются навыки принятия решения, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей).

3) Тренинг формирования жизненных навыков (формируются умения общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты).

Организация деятельности, альтернативной девиантному поведению. Альтернативными формами активности признаны: познание (путешествие), испытание себя (походы в горы, спорт с риском), значимое общение, любовь, творчество, деятельность (в том числе профессиональная, религиозно-духовная, благотворительная).

Организация здорового образа жизни. Она исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Здоровый стиль жизни предполагает здоровое питание, регулярные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, общение с природой, исключение излишеств.

Активизация личностных ресурсов. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арт-терапия – всё это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, её здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Минимизация негативных последствий суицидального поведения. Данная форма работы используется в случаях уже сформированного суицида. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий. В различных видах психопрофилактической работы могут использоваться схожие формы и методы. По способу организации работы выделяют следующие формы психопрофилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения суицидального поведения используются различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов психопрофилактической работы: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РИСКА СУИЦИДА

Более всего восприимчивые к суициду подростки

- злоупотребляющие алкоголем, наркотиками, токсическими препаратами;
- которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- одаренные подростки;
- с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девочки;
- жертвы насилия;
- проявляющие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- имеющие хронические или смертельные болезни;
- имеющие семейные проблемы: уход из семьи или развод родителей;
- с психическими заболеваниями, такими как: депрессия, неврозы,

маниакально-депрессивный психоз, шизофрения.

- с нарушением поведения;
- с эмоциональными нарушениями.

Поведенческие индикаторы:

- злоупотребление ПАВ, алкоголем;
- эскейп-реакции (уход из дома и т.п.)
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- выбор тем для разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- приведение дел в порядок, (написание завещания, урегулирование конфликтов, раздаривание личных вещей);
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
- склонность к неоправданным рискованным поступкам;
- нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» - прямое сообщение, «Скоро все закончится» – косвенное);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- самообвинения;
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь.

Когнитивные индикаторы

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и своего будущего;
- представление о собственной личности, как о ничтожной, не имеющей

права жить;

- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном и безнадежном;
- «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Эмоциональные индикаторы

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаянье;
- признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, снижение способности к концентрации внимание и воли, бессонница, умеренное употребление алкоголя и утрата способности испытывать удовольствие;
- несвойственная агрессия или ненависть к себе, гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.
- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней;
- частые жалобы на соматические недомогания: на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Диагностика социальной дезадаптации и суицидального риска.

Диагностику социальной дезадаптации и суицидального риска можно проводить исходя из клинических критериев и социальных факторов. К клиническим критериям относится наличие (отсутствие) психического расстройства, его форма и тип его течения. Под социальными факторами подразумеваются условия воспитания в семье. Также можно выделить некоторые общие характерологические особенности личности суицидента. К ним относятся:

Сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, заниженная, лабильная или завышенная самооценка, низкая фрустрационная толерантность.

Прямым указанием на высокий **риск социальной дезадаптации** могут служить следующие результаты при проведении **теста Личко — ПДО**: неустойчивый тип акцентуации, а также его сочетание с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным типами.

Риск социальной дезадаптации и развития саморазрушающего поведения зависит от уровня дисфункции личности:

- 1 Акцентуация характера и крайние варианты нормы.
- 2 Не психотические расстройства личности.
- 3 Психотические расстройства личности.

Типы саморазрушающего поведения:

- 1 Угроза для жизни.
- 2 Ущерб для физического здоровья.
- 3 Ущерб для духовного и нравственного развития.
- 4 Ущерб для будущего социального статуса.

Суицидоопасные депрессии

Депрессии характеризуются следующими признаками:

- пониженное или печальное настроение;
- утомляемость или снижение активности;
- чувство вины или низкая самооценка;
- нарушения сна;
- трудности при сосредоточении;
- возбуждение или заторможенность движений или речи;
- раздражительность;
- утрата интересов или чувства удовольствия;
- расстройства аппетита;
- суицидальные мысли или действия.

2.4 План организационно-методических мероприятий по реализации Комплексной программы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних, состоящих на учете в КЦСОН

№ п/п	Мероприятие, содержание работы.	Сроки проведения.	Ответственный
1.	Изучение документации с целью получения информации об истории развития несовершеннолетнего	В начале реабилитационного периода	педагог-психолог
2.	Первичное интервью с ребёнком.	При первичной беседе	педагог-психолог
3.	Первичная диагностика и проектирование дальнейших действий по оказанию помощи и поддержки несовершеннолетнему.	При первичной беседе	педагог-психолог социальный

			педагог
4.	Первичное наблюдение за несовершеннолетним.	При первичной беседе	психолог
5.	Психологическое консультирование.	При первичной беседе.	педагог-психолог
6.	Работа с родителями по профилактике и предотвращению жестокого обращения с детьми	В течение реабилитационного периода.	специалист по социальной работе
7	Оказание социально-правовой помощи.	В течение реабилитационного периода.	юрисконсульт
8.	Индивидуальная психотерапия: игровая терапия, арт-терапия, обучение релаксационным техникам и методам снятия стресса и т.д.	В течение реабилитационного периода.	педагог-психолог социальный педагог
9.	Индивидуальный коррекционный тренинг с подростками, пережившими насилие (8 занятий).	один раз в неделю	Педагог-психолог
10.	Промежуточная диагностика	В течение реабилитационного периода.	Педагог-психолог
11.	Итоговая диагностика	В конце реабилитационного периода.	педагог-психолог социальный педагог
12.	Анализ результативности коррекционной работы	В конце реабилитационного периода.	педагог-психолог социальный педагог

2.5 Структура коррекционной работы с семьей по профилактике суицидального поведения несовершеннолетнего.

Работа по диагностике и профилактике суицидального поведения включает в себя коррекционный блок.

В наиболее развернутой форме коррекционные задачи включают в себя:

- индивидуальные коррекционно-профилактические занятия с детьми, испытывающими проблемы в адаптации к школе;
- Информационно-профилактические беседы с педагогами с целью оптимизации стиля общения с детьми;
- коррекционно-профилактические консультирования с родителями с целью преодоления трудностей семейного воспитания и изменения установок по отношению к ребенку.

Коррекционно-профилактическая работа с родителями ведется в следующих формах:

- 1) в форме круглого по темам уже проведенных информационных бесед (в качестве ведущих подобного рода групповых обсуждений проблем семейного воспитания выступают социальный педагог и психолог);
- 2) в форме анализа конкретной проблемной ситуации (социальный педагог и педагог-психолог);
- 3) в форме тренинговых занятий, включающих в себя элементы тренинга коммуникативной компетентности, ролевой идентификации, личностного роста (ведущий — психолог).

Для выявления этих особенностей используются методики определение типа темперамента, определение самоотношения (Столин В.В., Пантелеев С.Р.), диагностика коммуникативных способностей.

Место проведения тренингов:

Занятия проводятся в отдельном помещении (актовый зал).

Качественно-количественные характеристики группы участников.

Оптимальное количество участников — 12-15 человек. Лучше, если это будут родители с детьми.

Продолжительность занятий. Продолжительность одного занятия составляет от 1,5 до 2 часов. Всего 8 занятий.

Структура коррекционных профилактических занятий и тренингов.

Многие признанные авторитеты в области социально – психологического тренинга отмечают, что одна из очевидных трудностей в изложении его сценарных аспектов состоит в том, что данная форма психологической работы в принципе не имеет однозначного алгоритма в поэтому достаточно широко варьирует.

Начальный этап (первые 1-2 занятия) посвящается первичному знакомству участников друг с другом, задаче отрефлексирования процессов формирования первого впечатления о себе и о другом.

В качестве основных психотехнических приемов используются упражнения на «смену языка самовыражения» (ассоциации, метафоры, невербальные формы).

Основной этап (последующие 3-5 занятий) ориентирован на анализ личностных проекций участников, углубление обратных связей, отрефлексирование стилей взаимодействия в диаде и расширение ролевого репертуара. В качестве основных психотехнических приемов используются упражнения в парах, направленные на смену позиций доминирования подчинения, рефлексии эмоциональных реакций

участников на формы контроля поведения, а также типичных стратегий разрешения конфликтных ситуаций. Обсуждаемые ситуации анализируются, прежде всего, через вызываемые ими чувства и интерпретации. Также активно используются рисуночные методики (например, «Я, мама и школа») и свободные сочинения («Портрет моего ребенка», «Я как родитель»). Тексты сочинений «Портрет моего ребенка» и «Я как родители анализируются по выделенным А.С. Спиваковской параметрам: общая оценка ребенка, эмоциональное отношение к ребенку, оценка деятельности ребенка, оценка собственного родительского воздействия на ребенка, преобладание тех или иных временных планов в описании ребенка. Также могут быть использованы неоконченные рассказы, в которых описаны типичные конфликтные ситуации, где главный герой — ребенок, а родитель должен закончить рассказ так, как ему кажется, закончил бы рассказ его собственный ребенок.

Итоговые занятия (1-2) в целом посвящены построению каждым участником своего Я-прогноза в родительской позиции. Используемые приемы включают в себя довольно широкий спектр гештальт - ориентированных психотехник («волшебная таблетка», «времена года моей души», «зеркало Снежной королевы» и пр.). При условии благоприятных сдвигов в родительских позициях и созданной атмосферы взаимного доверия и доброжелательности возможно объединение детей и родителей одним из итоговых занятий. При этом эффективно использование сказок, посвященных детско - родительским проблемам с последующим рисованием и обсуждением (индивидуально и коллективно) в паре или всей группой, причем на начальном этапе родитель работает в паре с чужим ребенком и лишь потом со своим собственным.

Тематический план тренинговых занятий по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних и детей с ПТСР

1. Тренинг социальных навыков и поведения, направленного на сохранение здоровья подростков **«Как помочь другу, когда все плохо»**
2. Занятие **«Как справиться с плохим настроением?»** Цель: создание убеждения о важности умения произвольно контролировать и регулировать свое настроение.
3. Занятие **«Способы решения конфликтов с близкими»** Цель: формирование представлений о причинах возникновения конфликтов между близкими людьми- детьми и родителями; умения устанавливать причинно-

следственные связи, характеризующие Конфликтную ситуацию с родителями; навыков конструктивного разрешения ситуации.

4. Занятие **«Мои одноклассники и одноклассницы»** Цель: оптимизация внутригруппового сотрудничества. Обучение навыкам считаться с различиями между людьми, в т. ч. обусловленными полом.

5. Итоговое занятие. Психологическая игра **«Капитан корабля»**
(Приложение5)

Структура тренингового занятия не жесткая. Она определяется составом группы (только родители, группа детей, индивидуальное, родители вместе с детьми), целями и темой мероприятия.

- 1) приветствие используется для создания рабочей обстановки, снятия напряженности, установления доверительных отношений;
- 2) диагностическое упражнение направлено на выявление конкретной проблемы по теме занятия, диагностику особенностей взаимодействия родителей и детей в заданной ситуации, анализ (обсуждение) трудностей в процессе воспитания;
- 3) теоретическая часть – информационный раздел, где раскрывается суть темы встречи;
- 4) практическая часть – поиск путей решения проблемы, обработка навыков взаимодействия родителей с детьми;
- 5) рефлексия – подведение итогов встречи, обратная связь, прощание.

Таким образом, активное использование разнообразных, прежде всего, нетрадиционных форм работы с родителями позволяет успешно решать задачи повышения педагогической компетентности в вопросах воспитания, содействует отработке навыков взаимодействия родителей и детей, создает условия для расширения возможностей их взаимопонимания.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

3.1 Социально-психологическая диагностика суицидального поведения несовершеннолетних

1. Методика «**Карта риска суицида**» (мод. для подростков Л.Б. Шнейдер)
2. Методика выявления суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкович)
3. Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова)
4. Опросник для оценки суицидальности «**Диагностика суицидального поведения**». (мод. Опросника Г. Айзенка). Данный опросник позволяет практически сразу выявить наличие у подростка склонности к суицидальному поведению. Но у этого опросника есть один недостаток, вопросы о суициде задаются в прямой форме, например, “Приходилось ли вам в последнее время думать о самоубийстве?” Ребенок может просто испугаться такой откровенности, особенно, если он к ней еще не готов, и отказаться отвечать, а может просто соврать.
5. **Опросник суицидального риска** (мод. Т.Н. Разуваевой) Предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства.
6. **Диагностика враждебности** (шкала Кука – Медлей) Шкала диагностики эмоциональной и личностной сферы. Выявление уровня развития цинизма, агрессивности и враждебности подростка.
7. **Личностный опросник** (Г. Шмишек) личностный опросник, который предназначен для диагностики типа акцентуации личности, является реализацией типологического подхода к ее изучению.
8. Тест “**Ваши суицидальные наклонности**” и тест “**Ваши мысли о смерти**”. (З. Королевой и Л.Б. Шнейдер) Эти две методики являются проективными и соответственно не могут выступать в качестве основных методов. Но они являются хорошими вспомогательными методиками, тем более что тема суицида в них завуалирована. Ребенку нужно просто раскрасить рисунок, так как ему хочется. Далее на основе результатов данного теста психолог может предполагать наличие у ребенка суицидального риска и, исходя из этого, строить свою дальнейшую работу с ребенком.
9. **МПДО** (модификация методики А.Е. Личко ПДО). Формирование суицидального поведения во многом зависит от особенностей личности суицидента. У всех суицидально ориентированных лиц наблюдается

эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты выражены нередко на уровне акцентуаций характера. Особенно это относится к таким типам акцентуаций как: истероидный, сенситивный, эпилептоидный. Методика МПДО позволяет определить тип акцентуации характера у подростка, и выявить определенные личностные черты, характерные для лиц с суицидальным поведением.

10. **Шкала определения уровня депрессии.** (Зунг) Поскольку многие люди, склонные к самоубийству, чаще всего пребывают в субдепрессивном состоянии, то эта методика поможет определить степень депрессии у ребенка и предупредить риск появления у него суицидального поведения.

11. **Методика диагностики социально-психологической адаптации** (К. Роджерса и Р. Даймонда.) У многих подростков в пубертатном периоде происходит социально-психологическая дезадаптация личности, проявляющаяся в виде девиантного поведения, сомато-вегетативных расстройств и т.п. Данная методика поможет определить хорошо ли ребенок адаптируется в новой обстановке или ситуации, принимает ли он себя и окружающих его людей, стремиться ли ребенок к доминированию, или же он чаще становится ведомым, преобладает ли у него эмоциональный дискомфорт и т.д.

12. Тест **“Суицидальная мотивация”**. (Ю.Р. Вагин) Данная методика применяется в работе с детьми уже совершившими попытку суицида. Она позволяет определить тип суицидальной мотивации, т.е. что толкнуло ребенка совершить попытку суицида.

После проведения углубленной диагностики психолог обрабатывает и интерпретирует результаты исследования, составляет отчет.

Проективные методы обследования несовершеннолетних:

1. **«Дом, дерево, человек»** (Дж. Бук) позволяет выявить степень выраженности незащищенности, тревожности, недоверия к себе, чувства неполноценности, враждебности, конфликтности, трудностей в общении, депрессивности.

2. **«Волшебная страна чувств»** (Т. Грабенко, Т. Зинкевич);

3. **«Кактус»** (М.А. Панфиловой) предназначена для определения состояния эмоциональной сферы дошкольника, наличие агрессивности, ее направленность, интенсивность;

4. **«Нарисуй историю»;**

5. **«Человек под дождём»** (А. Абрамс, А. Эмчин);

6. **Опросник Бека** предназначен для диагностики депрессивных состояний.

7. **Цветовой тест** (Люшер) предназначен для исследования особенностей эмоционального состояния. Суть процедуры тестирования представляет собой ранжирование цветов испытуемым по степени их субъективной приятности

8. **Метод рисуночной фрустрации** (Розенцвейг) предназначен для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.
9. **Тест школьной тревожности** (Филлипс) позволяет выявить характер и уровень тревожности у школьников.
10. **«Незаконченные предложения»** выявление отношений к родителям, братьям, сестрам, к детской формальной и неформальной группам, учителям, к своим собственным способностям, а также выявление целей, ценностей.
11. **«Несуществующее животное»** диагностика личностных особенностей

3.2 Коррекционно-профилактическая работа с несовершеннолетними

Этапы коррекционной работы

1. Планирование целей, задач, тактики проведения коррекционной работы на основании прицельного психологического обследования ребенка и психологического заключения;
2. Разработка содержания коррекционных занятий, выбор формы коррекционной работы (индивидуальная или групповая). Отбор методик и техник коррекционной работы, планирование форм участия родителей в профилактической программе;
3. Организация условий осуществления профилактической программы. Консультирование родителей. Подбор детей в группу. Информирование специалистов и администрации учреждения о плане проведения коррекционных мероприятий. Обсуждение профилактической программы со специалистами и администрацией;
4. Реализация профилактической программы. Проведение коррекционных занятий с детьми в соответствии с программой. Контроль динамики хода профилактической работы. Представление родителям обратной связи о ходе работы. Проведение родительских собраний (групп поддержки) Информирование по запросу администрации учреждения о промежуточных результатах коррекции. Внесение необходимых корректив в программу работы;
5. Оценка эффективности коррекции. Оценка результатов профилактической программы с точки зрения достижения планируемых целей. Составление социально-психологических рекомендаций родителям детей, направленных на закрепление и упрочнение положительных результатов профилактической работы. Разработка в случае необходимости индивидуальной коррекционной программы. Обсуждение итогов коррекционной работы с родителями, специалистами, администрацией. Проводятся занятия 2 раза в месяц..

Основные показатели, определяющие необходимость проведения коррекционной работы с детьми:

1. Трудности коммуникации: низкий уровень коммуникативной компетентности, отсутствие адекватных способов разрешения конфликтных ситуаций, необщительность, замкнутость (при условии сформированности потребности в общении), социальная изолированность, низкий социометрический статус;

2. Низкий уровень сформированности широких социальных мотивов. Неудовлетворительная или неадекватная ориентировка в системе социальных норм и правил;

3. Трудности произвольной регуляции поведения и деятельности. Низкий уровень развития способности планировать свои действия в соответствии с поставленной целью, неумение контролировать свои действия и предвидеть их последствия;

4. Нарушения поведения – аутоагрессивность, аутодеструкции, субдепрессивные состояния, вредные привычки (сосание пальца, грызение ногтей и пр.);

5. Трудности эмоционального развития – неадекватная или неполная ориентировка ребенка в эмоциональных состояниях и чувствах, как самого себя, так и другого человека; трудности обозначения чувств и переживаний в речи и трудности осознания эмоциональных состояний; неспособность к эмпатии при наличии потребности в общении с другим человеком, несформированность социальных эмоций;

6. Трудности личного развития. Неадекватные представления о своих качествах, способностях и возможностях, неадекватная самооценка, неуверенность в себе;

7. Несформированность социальной потребности в общении с другими людьми – взрослыми и сверстниками, крайний эгоизм и себялюбие.

3.3 Перспективный план работы на год

№ п/п	Наименование и даты проведения акции	Наименование мероприятий	Сроки исполнения	Ответственный
1		Профилактическая беседа-диалог «Преступление и наказание».	19.01. 2023 г. МКОУ	Социальные педагоги

		Распространение буклетов «Права и обязанности родителей»	«С(к)ШИ» ОВЗ	Психолог
2	«Дети улиц» 04.02.2023 г. – 28.02.2023 г.	Обновление информационного стенда с указанием адреса, телефона учреждений, оказывающих помощь детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, а также номера детского телефона доверия	в течение акции	Социальные педагоги
3		Конкурс в форме квеста для родителей и детей «Шире круг» с просмотром видеоролика с целью развития эмпатии и коммуникативных навыков в семье.	27.02. 2023 г.	Психолог
4		Рейды в семьи, состоящие на учете, в т.ч. в которых дети совершают самовольные уходы, родители оставляют детей без надзора.	в течение акции	Социальные педагоги Психологи ОПДН
5		Родительское собрание « Подросток и улица » с целью профилактики самовольных уходов и девиаций в поведении детей (опросник суицидального поведения)	в течение акции	Психолог
6		Просветительская беседа по профилактике употребления ПАВ « Мы выбираем жизнь » с элементами тренинга « Учимся говорить «НЕТ »	19.03.2023 МКОУ «С(к)ШИ» ОВЗ	Психолог
7	«За здоровый образ жизни» 03.04.2023 г. - 20.04.2023 г.	Оформление стенда на тему «Здоровым быть модно»	03.04. 2023 г.	Социальные педагоги
8		Квест по станциям «Вперед, к здоровому образу жизни» Распространение буклетов «Я выбираю ЖИЗНЬ»	07.04. 2023г.	Социальные педагоги Центр медицинско й профилакти ки
9		Круглый стол с девочками-подростками о культуре полового общения в подростковой субкультуре (о заболеваниях, передающихся половым путем, о способах и методах контрацепции)	10.04. 2023 г. МКОУ «С(к)ШИ» ОВЗ	Социальные педагоги ГБУЗ Областная больница г. Троицк
10		Занятие с родителями и детьми по профилактике зависимого поведения детей «Моя жизнь с алкоголем и без» с элементами тренинга по формированию навыков ЗОЖ.	23.04. 2023 г.	Социальные педагоги Психолог
11	» 01 .0 5. 20 8	Размещение на официальном сайте	04.05. 2023 г.	Социальные педагоги

		учреждения информационных материалов по профилактике выпадения детей из окон		
12		Рейды в семьи, состоящие на учете, имеющие детей дошкольного возраста.	В течение акции	Социальные педагоги, психологи
13		Профилактические беседы с родителями (законными представителями) по предупреждению выпадения детей из окон: «Безопасность детей – забота взрослых», «О недопустимости оставления детей дошкольного возраста без присмотра взрослых».	В течение акции	Социальные педагоги, психологи
14		Распространение информационных буклетов, памяток о профилактике выпадения детей из окон «Безопасность детей – забота взрослых»	В течение акции	Социальные педагоги
15	К годовщине победы в ВОВ 01.05.2023г. – 30.05.2023г.	Военно-историческая викторина « В свою страну мы будем верить »	В течение месяца	Социальные педагоги
16		День международного детского телефона доверия. Распространение буклетов и памяток среди детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также номера детского телефона доверия	15.05. 2023 г.	Социальные педагоги Психолог
17	«Подросток» 21.05.2023 г. – 31.08. 2023 г.	Веселая эстафета, посвященная Дню защиты детей «Планета детства» Конкурс детских рисунков «Детство – это смех и радость».	02.06. 2023 г. Для детей от 9 до 12лет	Социальные педагоги, психологи
18		«Что ты знаешь о войне» - конкурс детских рисунков о войне. Ко Дню памяти и скорби. Изготовление дайджеста о конкурсе.	20.06. 2023 г. для младших школьников	Социальный педагог, психолог
19		Составление Карты предварительной летней занятости несовершеннолетних, состоящих на учете. Рейды в семьи, находящиеся в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации.	В течение акции	Социальные педагоги Психологи ОПДН

		Тренинговое занятие для родителей (в рамках родительского собрания) « Путь доверия » (школа)	В течение акции	Психолог
20		Размещение на стенде информации об учебных заведениях города Троицка « Я бы в электрики пошел, пусть меня научат! »	В течение акции	Социальные педагоги
21		Культурно-развлекательное мероприятие, посвященное празднованию Дню семьи, любви и верности «Дружная семья – это ТЫ и Я»	08.07.2023 г.	Социальные педагоги, психолог
22		Консультация на стенде «Наши конфликты с детьми. Конструктивные способы решения проблемы».	16.07.2023 г.	Социальные педагоги Психолог
23		Круглый стол «Насилие в семье» с применением элементов тренинга и арт-терапии для детей «Моя волшебная страна» (тренинговое занятие для родителей и детей)	05.08.2023 г.	Психолог Социальные педагоги,
24	Ко Дню Государственного Флага России	Акция «Наш Российский триколор». Социальный опрос молодежи и подростков на улицах города	20.08.2023	Социальные педагоги, психолог
	«Образование детям» 02.09.2023г. – 30.09.2023 г.	Праздник первоклассников совместно с ДК им. Луначарского « Первый раз в первый класс »	29.08.2023	Социальные педагоги
24		Оказание помощи в подготовке к школе детей, проживающих в семьях, состоящих на учете.	В течение акции	Социальные педагоги
25		Беседа – диспут «Интернет – здорово или нет?» с элементами тренинга «Легко ли быть молодым?»	30.09.23	Психолог
26		Рейды в семьи с детьми, не приступившими к занятиям и (или) уклоняющимися от обучения.	В течение акции	Социальные педагоги ОПДН
27	«Защита» 05.11.2023 г. – 30.11.2023 г.	Рейды в семьи, состоящие на учете, проявляющие жестокое обращение с детьми. Распространение буклетов «Как не стать жертвой насилия», «Внимание! Жестокое обращение с детьми!»	В течение акции	Социальные педагоги Психолог
28		Акция «Защитим детство от насилия»	ноябрь	Социальные

		Размещение на стенде информации по правовому просвещению, о службах и учреждениях, оказывающих помощь детям, о телефоне «доверия».	2023 г.	педагоги
29		Час делового общения «Умеем ли мы общаться» с элементами тренинга (профилактика буллинга, ЖОсД)	13.11. 2023 г. 9-12лет	Психолог
30		Познавательного-развлекательная программа «Подросток и закон» (Сказочная викторина «Права и обязанности». Приурочена ко Дню Российской Конституции.	18.11. 2023 г. на базе МКОУ «С(к)ШИ» ОВЗ.	Социальные педагоги Психолог
31		Информационный час с родителями «Воспитывая детей, начинайте с себя». Консультация «Рука в руке» (с применением МАК) (приют)	24.11. 2023г.	Психолог
32		Культурно-развлекательное мероприятие для детей «Подарим детям Новый год!».	25.12. 2023 г.	Социальные педагоги
33	«Безопасность на воде»	Профилактические беседы с родителями (законными представителями) по предупреждению несчастных случаев с детьми и раздача информационных буклетов по профилактике детского травматизма (безопасное поведение в зимний период и проведение досуга на покрытых льдом водоемах, правила поведения на водоемах в летний период, правила поведения в лесу).	В течение года	Социальные педагоги
34	Индивидуальные и групповые консультации для родителей	- «Роль семейного общения в профилактике девиантного поведения детей»; - «Подростковый суицид: распознать и предотвратить»; - «Тревожность и агрессивность в подростковом возрасте»; - «Способы разрешения конфликтов в семье».	В течение года	психолог
35	Межведомственное взаимодействие	Рейды в семьи, состоящие на учете совместно с сотрудниками 7ПСО ФПС ГПС ГУ МЧС России по Челябинской обл.	ежемесячно	Специалисты ОПСИД

36	Участие специалистов ОПСиД в ночных рейдах ОПДН МО МВД РФ «Троицкий»	По согласованию	Специалисты ОПСиД
37	Рейды в семьи, состоящие на учете с сотрудниками ЛОП на ст. Троицк по профилактике травматизма и безопасного поведения на ж/д путях.	По согласованию	Специалисты ОПСиД
	Совместные мероприятия с ГБУЗ «Областная больница г. Троицка» (ЦМП, женская консультация)	По согласованию	Специалисты ОПСиД

3.4 Заключение

Поразительно, как тяжелобольные люди, в том числе и подростки, цепляются за возможность продлить жизнь. При этом другие, с набором ложных ценностей, надуманных проблем - запросто расстаются с бесценным даром жизни ради протеста или просто, желая привлечь внимание. Проблема подросткового самоубийства действительно одна из наиболее важных проблем современного общества. В подростковом возрасте бывает немало проблем, которые на первый взгляд, взрослым, кажутся не серьезными, но для самих подростков - это «глобальная» проблема, решить которую они не всегда в состоянии. И некоторым из них проще и легче покончить жизнь самоубийством, нежели попытаться решить проблему каким-то иным путем. У всех подростков свои причины, способствующие возникновению суицидных намерений.

Исследуя весь собранный материал и статистические данные Росстат, Министерства Здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения и МВД РФ определены проблемы суицида несовершеннолетних, факторы, влияющие на подростковый суицид, мотивы и причины, способствующие возникновению суицидных намерений. Анализ материалов и обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, показывает, что большая часть всех самоубийств подростков, связана с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками и друзьями, черствостью и безразличием окружающих, постоянные стрессовые ситуации, и как следствие - депрессия. Изучение проблемы суицида дало возможность нам создать профилактическую программу по выявлению и психокоррекции суицидального поведения несовершеннолетних, состоящих на учете в КЦСОН, а также впервые обратившихся за психологической помощью. Нами разработаны психокоррекционные модули для индивидуальных занятий и консультирования, а также используются классические методы и методики диагностики, коррекции и профилактики суицидальной мотивации, наклонностей и поведения

несовершеннолетних. Разработанные рекомендации для родителей по профилактике суицида среди подростков помогут в устранении данного явления, либо снижении напряжения.

От родителей в первую очередь зависит то, какими ценностями живёт подросток, каким он вырастет человеком, и что передаст своим будущим поколениям. Участие взрослых очень важно в жизни каждого ребёнка, особенно в переходный пубертатный период .

3.5 Библиографический список

1. Адаптация методики "Опыт близких отношений – переработанный опросник" / К. А. Чистопольская [и др.] // Психологическая диагностика. – 2015 – № 1 – С. 6
2. Бубнов, В. Как предотвратить самоубийство / В. Бубнов, Н. Бубнова // Основы безопасности жизнедеятельности. – 2014 – № 7–8. – С. 100–103.
3. Диагностика и коррекция коммуникативных девиаций и эмоциональных нарушений у школьников : психологический практикум / сост. И. В. Журлова. – Минск : Красико-Принт, 2014 – 96 с.
4. Диагностика и предотвращение суицидального поведения у детей и подростков // Юридический журнал директора школы. – 2015 – № 8 – С. 50–58.
5. Казанская, В. Г. Подросток. Трудности взросления : книга для психологов, педагогов, родителей / В. Г. Казанская. – 2-е изд., доп. – Санкт-Петербург : Питер, 2008 – 283 с. : ил. – (Практическая психология).
6. Костюк, Н. В. Цикл родительских собраний по предупреждению подросткового суицида / Н. В. Костюк // Работа социального педагога в школе и микрорайоне. – 2014 – № 6 – С. 7–26.
7. Костюк, Н. В. Цикл родительских собраний по предупреждению подросткового суицида / Н. В. Костюк // Работа социального педагога в школе и микрорайоне. – 2014 – № 5 – С. 90–108.
8. Кудинова, С. В. Работа с подростками, имеющими суицидальные намерения / С. В. Кудинова // Справочник классного руководителя. – 2016 – № 4 – С. 10–17.
9. Кудинова, С. В. Суицид в подростковой среде : выявление и скрытая профилактика / С. В. Кудинова // Справочник классного руководителя. – 2016 – № 3 – С. 14–29.
10. Кучер, А. А. К вопросу о диагностике суицидального поведения / А. А. Кучер, В. Ф. Белоус // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2016 – № 1 – С. 44–58.
11. Кучер, А. А. Профилактика подростково-юношеского суицида в условиях общеобразовательного учреждения / А. А. Кучер, В. Ф. Чернодуб // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2014 – № 1 – С. 28–36.

12. Макаров, П. В. Профилактика, коррекция и реабилитация подросткового суицида : учебно-методическое пособие / П. В. Макаров. – Москва : НИИ школьных технологий, 2013 – 96 с. –
13. Никифорова, Т. Ф. Тест Роршаха в диагностике суицидального поведения подростков /Т.Ф. Никифорова// Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2014 – № 4 – С. 10–16.
14. О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида : Письмо Департамента гос. политики в сфере защиты прав детей Минобрнауки России от 18 янв. 2016 г. № 07–149 // Вестник образования. – 2016 – № 5 – С. 45
15. Организация профилактики суицидального риска в учреждении образования / авт.-сост. Н. А. Сакович. – Минск : Красико-Принт, 2011 – 96 с. – (Школьному психологу и социальному педагогу).
16. Павленок, П. Д. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения : учеб. пособие / П. Д. Павленок, М. Я. Руднева. – Москва : ИНФРА-М, 2014 – 185 с. – (Высшее образование: Бакалавриат).
17. Помощь подросткам в кризисном состоянии / сост. Н. В. Пономаренко. – Минск : Красико-Принт, 2015 – 96 с. – (Школьному психологу и социальному педагогу).
18. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях : профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги / авт.-сост. М. Ю. Михайлина, М. А. Павлова. – 2-е изд. – Волгоград : Учитель, 2016 – 226 с.
19. Райс, Ф. Психология подросткового возраста / Ф. Рай, К. Долджин ; пер. с англ. Под науч. ред. проф. Е. И. Николаевой. – 12-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2014 – 816 с.
20. Северный, А. А. Профилактика суицидального поведения у детей и подростков : видео-лекция : учебно-методический электронный журнал / А. А. Северный // Профилактика зависимостей. – 2016 – № 1
21. Сеницына (Матафонова), Т. Ю. Пролонгированная психологическая помощь учащимся, пережившим психотравмирующее событие / Т. Ю. Сеницына (Матафонова) // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. – 2014 – № 1 – С. 22–27.
22. Система социально-педагогической работы с детьми в школах большого города // Работа социального педагога в школе и микрорайоне. – 2016 – № 1 – С. 5–124.
23. Соловьева, Д. Ю. Программа профилактики суицидального поведения для учащихся 5–11-х классов / Д. Ю. Соловьева // Справочник педагога-психолога. Школа. – 2015 – № 1 – С. 69–80.
24. Соловьева, Д. Ю. Программа групповых практических занятий "Мы выбираем жизнь!" для детей с суицидальным поведением / Д. Ю. Соловьева // Справочник педагога-психолога. Школа. – 2015 – № 3 – С. 40–52; № 4 – С. 34–44.
25. Соловьева, Д. Ю. Работа с педагогами и родителями по предупреждению суицидального поведения детей / Д. Ю. Соловьева // Справочник педагога-психолога. Школа. – 2015 – № 6 – С. 34

26. Соловьева, Д. Ю. Углубленная диагностика учащихся группы суицидального риска / Д. Ю. Соловьева // Справочник педагога-психолога. Школа. – 2015 – № 2 – С. 12– 25
27. Трифонова, М. Ю. Социально-психологический тренинг для подростков-суицидентов "Я выбираю жизнь" / М. Ю. Трифонова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2014 – № 1 – С. 36–72.
28. Чистяков, В. В. Педагогические основы профилактики суицидального поведения / В. В. Чистяков // Мир образования-образование в мире. – 2014 – № 3 – С. 262–266.
29. Что надо знать о детском суициде? // Справочник классного руководителя. – 2016 – № 3 – С. 11
30. Чубаровский, В. В. Не хочу жить / В. В. Чубаровский // Директор школы. – 2015 – № 3 – С. 105–110.

ТЕЗАУРУС

Акцентуация характера - чрезмерное усиление отдельных черт характера и их сочетаний, представляющих крайние варианты нормы.

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

Дезадаптация - психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка требованиям новой социальной ситуации. Различают патогенную, психическую.

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 Д. Характеризуется выраженными отклонениями в эмоциональном и интеллектуальном развитии (нарушение эмоциональных контактов, задержка в развитии речи, развитии тонкой моторики,

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

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

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

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

Ригидность - затрудненность, (вплоть до полной неспособности) в изменении намеченной субъектом программы деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки).

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

Фрустрация - 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.

Эмпатия - сопереживание - постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания.