Индикаторы суицидального риска.

К индикаторам суицидального риска относятся особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые свидетельствуют о повышенной степени суицидального риска. Разделяют ситуационные, поведенческие, коммуникативные, когнитивные, эмоциональные индикаторы.

К ситуационным индикаторам относится любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис. Смерть любимого человека, сексуальное насилие, угроза физической расправы, раскаяние за предательство, неизлечимая болезнь, публичное унижение, коллективная травля, чувство одиночества, тоски, усталости; подражание кумиру могут являться индикаторами суицидального риска.

Поведенческие индикаторы суицидального риска:

1. злоупотребление ПАВ, алкоголем;
2. эскейп-реакции (уход из дома);
3. самоизоляция от других людей и жизни;
4. резкое снижение повседневной активности;
5. изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
6. выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
7. частое прослушивание траурной и печальной музыки;
8. любые внезапные изменения в поведении, настроении, особенно отдаляющие от близких;
9. склонность к неоправданно рискованным поступкам;
10. нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе;
11. расставание с дорогими вещами или деньгами;
12. приобретение средств для совершения суицида

Коммуникативные индикаторы суицидального риска:

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

Когнитивные индикаторы суицидального риска:

1. разрешающие установки относительно суицидального поведения;
2. негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
3. представление о своей личности, как о ничтожной, не имеющей права жить;
4. представление о мире как месте потерь, разочарований;
5. представление о будущем, как о чем - то бесперспективном, безнадежном;
6. «туннельное видение», неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
7. наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Эмоциональные индикаторы суицидального риска:

1. амбивалентность по отношению к жизни;
2. безразличие к своей судьбе;
3. переживание горя;
4. признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, сниженная способность к концентрации внимания и воли, бессонница, утрата способности испытывать удовольствие;
5. несвойственная агрессия или ненависть к себе;
6. вина или ощущение неудачи, поражения;
7. чрезмерные опасения, страхи;
8. чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
9. рассеянность или растерянность.

Суицидальное поведение у детей и подростков отличается возрастным своеобразием. Детям и подросткам характерна:

- повышенная впечатлительность и внушаемость;

- способность ярко чувствовать и переживать;

- склонность к колебаниям настроения;

- эгоцентрическая устремленность;

- импульсивность в принятии решений.

Суицидальное поведение у подростков бывает демонстративным (для привлечения внимания), аффективным (под воздействием эмоциональной вспышки), истинным (имеющим под собой реальные причины и хорошо спланированным). По другой классификации выделяют следующие типы суицидального поведения подростков: преднамеренное (истинное), амбивалентное (имеющее под собой одновременно взаимоисключающую основу; желание жить и умереть), импульсивное (аффективное), демонстративное (Кондрашенко 1999)

Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних может быть эффективной только при комплексности и внедрении «командного стиля работы». Личностные проблемы педагога (ригидность педагогического мышления, социальные стереотипы в оценке обучающихся, установки на доминантность, деформации восприятия детей и подростков, а также родителей и коллег) также затрудняют адекватное понимание проблем несовершеннолетнего, склонного к суицидальному риску. Именно поэтому направление работы с самими педагогами представляется весьма продуктивным и должно быть составной частью при создании программы по формированию навыков раннего распознавания суицидального поведения несовершеннолетних в той или иной образовательной организации, при разработке программы повышения квалификации педагогических кадров.

Необходимо разграничивать самоубийство (суицид) и суицидальное намерение.

*Самоубийство* (суицид) – это осознанное лишение себя жизни. *Суицидальное намерение* – понятие более широкое, которое помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки, проявления. К покушениям относятся все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от суицидента (спасение другими лицами, проведение реанимационных мероприятий). К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Феномен суицида чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. Под психологическим кризисом понимается внутреннее нарушение эмоционального баланса человека, наступающего под влиянием угрозы (человеческой психике), создаваемой внешними обстоятельствами. Психологическая – душевная – боль, вероятно, является общим признаком тяжелых кризисных состояний.

Подросток с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным наблюдением взрослых, разумеется это наблюдение должно быть неназойливым и тактичным.

Основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков (Моховиков, 2001):

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая угроза.
3. Переживания, связанные со смертью, уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек, унижения.
6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Чувство мести, злобы, протеста, любовные переживания.
8. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
9. Сочувствие или подражание товарищам, героям фильмов или книг.

К особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся (Амбрумова, Жезлова, 1978):

1. Недостаточная адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.
2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.
3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена в таблице.

**Сравнительная характеристика депрессивных состояний детей и подростков**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дети** | **Подростки** |
| Печальное настроение | Печальное настроение |
| Потеря свойственной детям энергии | Чувство скуки |
| Внешние проявления печали | Чувство усталости |
| Нарушения сна | Нарушения сна |
| Соматические жалобы | Соматические жалобы |
| Изменение аппетита или веса | Неусидчивость, беспокойство |
| Ухудшение успеваемости | Фиксация внимания на мелочах |
| Снижение интереса к обучению | Чрезмерная эмоциональность |
| Страх неудачи | Замкнутость |
| Чувство неполноценности | Рассеянность внимания |
| Негативная самооценка | Агрессивное поведение |
| Чувство «заслуженной отвергнутости» | Непослушание |
| Низкая фрустрационная толерантность | Склонность к бунту |
| Чрезмерная самокритичность | Злоупотребление алкоголемили наркотиками |
| Сниженная социализация, замкнутость | Плохая успеваемость |
| Агрессивное поведение,отреагирование  в действиях | Прогулы в школе |

Направления профилактической работы по ослаблению и устранению социальных и психологических предпосылок, предпосылок, способствующих сохранению суицидальной обстановки в любых сообществах, группах, коллективах:

1. Четкая организация повседневной жизни, учебы, работы и досуга людей.
2. Предупреждения и устранения конфликтов между членами коллектива, группы (неформальное подростковое сообщество, класс).
3. Обеспечение социальной, правовой, психологической защищенности детей.
4. Организация мероприятий психогигиены и психопрофилактики, предусматривающих:
* раннее выявление лиц с психической неустойчивостью, акцентуациями, дебютами психических расстройств, разработку рекомендаций по общению и вовлеченности детей в деятельность с учетом их психического здоровья и характерологических особенностей;
* планомерное распределение физических и психологических нагрузок на ребенка в учебе, труде, спорте и т.д.;
* предупреждение чрезмерного эмоционального напряжения подростка, девушки, юноши.

**Основные способы помощи человеку, думающему о суициде:**

1. Своевременное диагностирование и соответствующая помощь или лечение суициндента.

2. Активная эмоциональная поддержка подростка (юноши, девушки), находящегося в состоянии депрессии.

3. Поощрение его положительной направленности с целью облегчения негативной ситуации.

4. Помощь ребенку в выстраивании ближней и дальней перспективы развития.

При этом важно соблюдать следующие правила:

1. Будьте уверены, что вы в состоянии помочь.
2. Набирайтесь опыта от тех, кто уже был в такой ситуации.
3. Будьте терпеливы.
4. Не старайтесь шокировать или угрожать человеку.
5. Не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому что…».
6. Делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

**Примерный план профилактической беседы с потенциальным суицендентом.**

***Первый этап*** ***–*** установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства». Рекомендуется использовать такие психологические приемы, как «сопереживание», «эмпатическое (сочувствующее) выслушивание». В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

***Второй этап*** ***–*** установить последовательность событий, которые привели к кризису; снять ощущение безысходной ситуации. С этой целью целесообразно применение следующих приемов: «снижение исключительности ситуации», «поддержка успехами», «постановка акцентов на ценностях жизни» и др.

***Третий этап –*** совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Здесь желательно использовать такие приемы, как «планирование» ***–*** т.е. пробуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящей деятельности; «удержание паузы» ***–*** целенаправленное молчание, чтобы дать проявить ему инициативу в планировании своей деятельности.

***Четвертый этап*** ***–*** завершающий – его главная задача ***–*** окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. В этих условиях целесообразно использовать следующие психологические приемы: «логическая аргументация», «рациональное внушение уверенности в себе».

Профилактика суицидов должна начинаться с развенчания мифов, укоренившихся среди людей на проблему суицида. Среди них наибольшее распространение получили следующие мифы:

**Мифы о суицидах:**

МИФ 1. Люди, говорящие о самоубийстве, никогда не осуществляли его на деле.

Это не так. На самом деле 4 из 5 суицидентов не раз подавали сигнал о своих намерениях.

МИФ 2. Человек в суицидальном состоянии твердо решил покончить жизнь самоубийством.

Это не так. Большинство самоубийц не пришли к однозначному решению жить или умереть. Они «играют со смертью», предоставляя окружающим спасать их. Обращение за помощью к родным, друзьям, специалистам говорит об их амбивалентности и надежде найти другой выход.

МИФ 3. Самоубийство происходит внезапно, без всякого предупреждения.

Это не так. Суициду предшествует ряд сигналов, выражающих внутреннюю борьбу человека между жизнью и смертью.

МИФ 4. Суициденты постоянно думают о смерти.

Это не так. Позывы к смерти кратковременны. Если в такой момент помочь человеку преодолеть стресс, его намерения могут измениться.

МИФ 5. Улучшение, наступающее после суицидального кризиса, означает, что угроза самоубийства прошла.

Это не так. На самом деле человек имеет небольшую возможность покончить с жизнью, если предыдущая попытка совершить суицид оказалась неудачной. Но нужно обязательно профилактически действовать в такой ситуации, а не уповать, что все теперь будет хорошо. Большинство самоубийств происходит в течение примерно 3 месяцев после начала «улучшения», когда у человека появляется энергия для воплощения своих мыслей и чувств к жизни.

МИФ 6. Суицид, чаще всего, совершают молодые люди.

Это не так. Действительность опровергает данное утверждение. Суицид демократичен и примерно в равной мере проявляется среди всех возрастных категорий.

МИФ 7. Суицид ***–*** наследственная «болезнь».

Это не так. Таких подтверждений о наследственной природе суицида нет. Добровольная смерть одного из членов семьи может усилить суицидальный кризис у других, но лишь в том случае, когда они сами подвержены мысли о смерти.

МИФ 8. Суицид совершают умственно неполноценные люди.

Это не так. Уходят из жизни несчастные люди, но вовсе не обязательно умственно отсталые.

МИФ 9. Женщины угрожают самоубийством, а мужчины осуществляют его.

Это не так. Этот миф опирается на неверно истолкованный факт ***–*** мужчины в три раза больше женщин кончают жизнь самоубийством, но женщины в три раза чаще мужчин предпринимают попытки суицида. Женщины используют средства с меньшей степенью летальности и большими шансами на спасение: таблетки, яды, газ и т.п. Мужчины предпочитают огнестрельное оружие или веревку, где шансы на спасение минимальны.

МИФ 10. Люди, совершающие суицид, не хотят принимать помощь окружающих.

Это не так. На самом деле разговоры, угрозы самоубийства, попытки его осуществления являются своего рода «криком души», способом обратить внимание окружающих на себя.

**Психолого-педагогические технологии работы с родителями**

Значимым фактором формирования и развития конструктивных стратегий преодоления трудностей, с которыми сталкивается подросток, является семья. При этом все виды профилактической деятельности должны выстраиваться в целостной взаимосвязанной системе родитель-ребенок-учитель. Вместе с тем, родители и педагоги часто не понимают характера трудностей детей, опираются в работе с ними только на анализ их неудач, а также ставят перед ними задачи, не соответствующие их реальному уровню развития или реальным возможностям, на что дети отвечают неадекватным поведением и отказом от действия, а это, в свою очередь приводит к новым сложностям в учебе или во внеучебной деятельности. Важным фактором эффективных детско-родительских отношений, особенно в ситуации взаимодействия с детьми группы социального риска, является гуманистический стиль общения. В связи с этим наиболее эффективными способами педагогической поддержки семьи являются: консультирование, беседы, групповые занятия, различные виды родительских собраний.

В основе разработки психолого-педагогических технологий профилактической работы с родителями лежат методические разработки Ю.Б. Гиппенрейтер, И.М. Марковской, К. Фопеля, О.В. Хухлаевой и многих других авторов, при этом основной акцент в них делается на методы активного обучения, в частности, тренинг, ориентированный на формирование конструктивных стратегий преодоления трудностей у подростков. Ценность тренингов заключается в обучении родителей (на добровольных началах!) способам эффективного взаимодействия с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации. Целью подобных тренингов выступает формирование адаптивных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования. В подобных программах сочетаются разные интерактивные групповые приемы работы:

1) Ролевые игры. В ходе проигрывания небольших сценок, отражающих модели жизненных ситуаций разрешаются проблемы.

2) Деловые игры. Посредством моделирования системы отношений в ходе игры участники анализируют заданные условия и принимают оптимальные решения.

3) Дискуссия. Этот метод позволяет с помощью логических доводов воздействовать на мнение, позиции и установки участников.

4) «Мозговой штурм». Техника «мозгового штурма» используется в занятии как способ закрепления полученной информации по теме, ее расширение за счет генерирования новых идей и творческого потенциала участников.

5) Метод «активного слушания». Родители приобретают навыки заинтересованного слушания своих детей, выражения, эмпатии.

6) Мини-лекция.

7) Проблемное задание.

8) Анализ конкретных ситуаций и пр.

Результатом эффективной работы по профилактике суицидального поведения среди обучающихся является создание благоприятной психолого-педагогической обстановки, комфортного климата для обучения в образовательной организации.

Большая роль в этой деятельности отводится работе службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия для детей и подростков 8-800-2000-122», благодаря которой, удается предотвратить многие суицидальные попытки среди детей и подростков.

Для эффективной работы по профилактике суицидального поведения необходима согласованность на межведомственном уровне и тесное взаимодействие различных ведомств в оказании комплексной поддержки и помощи несовершеннолетним и их родителям.

Список литературы:

1. Амбрумова, А. Г. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации [Текст] / А.Г. Абрумова, В.А. Тихоненко // М. 1980.
2. Амбрумова, А. Г. Социальные – клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире [Текст] / А.Г. Абрумова, Л. И. Постовалова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева,1991. № 1. – С. 26-38.
3. Амбрумова, А. Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте [Текст] / А. Г. Абрумова, Л. Я. Жезлова // М.: МЦ СССР,1978.
4. Баева, И.А. Тренинги психологической безопасности в школе [Текст] / И. А. Баева // СПб. : Речь, 2002, ***–*** 251с.
5. Бек, А. Методы работы с суицидальным пациентом [Текст] / А. Бек // Журнал практической психологии и психоанализа, 2003, №1. С. 11 – 13.
6. Вагин, Ю. Эстетика самоубийства [Текст] / Ю. Вагин, Л. Трегубов // Пермь: Капик, 1993. ***–*** 268с.
7. Войцех, В.В. Факторы риска повторных суицидальных попыток [Текст] / В. В. Войцех //Социальная и клиническая психотерапия, 2002, №3. ***–*** С. 14-21.
8. Горская, М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков [Текст] / М.В. Горская // Вестник психосоц. и психокорекц. работы, 1994. № 1. ***–*** С.44-52.
9. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция [Текст] / Э Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. / Составитель А.Н. Моховиков // М., Когито-Центр, 2001. ***–*** С. 270-352.
10. Инновационный опыт работы по профилактике суицидального поведения детей и подростков в образовательных организациях: Методические рекомендации для руководителей и педагогических работников образовательных организаций [Текст] / Под ред. О.И. Ефимовой, Н.В. Сероштановой, В.А. Березиной // М.: АНО «ЦНПРО», 2015. – 100 с.
11. Кондратенко, В.Т. Суицидальное поведение. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия [Текст] / Сот. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок // Минск, Харвест, 1999. ***–*** 480с