

Министерство образования и науки Республики Тыва
Государственное бюджетное образовательное учреждение Республиканский Центр
психолого-медико-социального сопровождения «Сайзырал»

**Суицидальное поведение несовершеннолетних
как проявление кризисного состояния
(технологии сопровождения и реабилитации)**

Методические рекомендации

Том - 2

КЫЗЫЛ 2013

Печатается по решению экспертного совета ГБОУ Республиканского Центра психолого-медико-социального сопровождения «Сайзырал»

Суицидальное поведение несовершеннолетних как проявление кризисного состояния (технологии сопровождения и реабилитации). – Кызыл: ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал». – 2013. –112с.

Составители:

Полякова В.В. директор ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал», педагог-психолог высшей квалификационной категории;

Биче-оол С.М. зам. директора ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал»;

Сартыыл С.С. педагог-психолог ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал».

Рекомендации посвящены проблеме, которая в настоящее время является чрезвычайно актуальной не только в Республике Тыва, но и во всей России. Даны рекомендации по раннему выявлению суицидальных наклонностей, по оказанию квалифицированной помощи и профилактике самоубийств.

Стилизация, орфография и пунктуация
оставлены в авторском варианте

Введение

1. Возрастные особенности суицидентов
 - 1.1. Возрастно-психологические особенности суицидального поведения детей и подростков
 - 1.2. Индивидуальные особенности детей и подростков
2. Нормативно-правовая база по профилактике суицида
 - 2.1. Конкретизация должностных инструкций педагогических работников по работе со случаями суицидального поведения
 - 2.1.1. Классный руководитель
 - 2.1.2. Социальный педагог, медицинская сестра
 - 2.1.3. Школьный психолог
 - 2.2. Алгоритм действий педагога-психолога ОУ по работе с группой риска
 - 2.3. Алгоритм оперативного межведомственного взаимодействия в области организации профессиональной помощи детям с угрозой для жизни и здоровья
 - 2.4. Алгоритм межведомственного взаимодействия при совершении суицида (рекомендации Минздрава Республики Тыва)
 - 2.5. Алгоритм межведомственного взаимодействия по выявлению семейного неблагополучия, организации работы с семьями, находящимися в социально-опасном положении (трудной жизненной ситуации)
 - 2.6. Алгоритм для непрофессиональных действий в работе с ребенком – суицидентом
 - 2.7. Алгоритм для непрофессиональных действий в работе с ребенком – суицидентом (на тувинском языке)
 - 2.8. Алгоритм взаимодействия педагогов и специалистов в оказании помощи детям, учащимся для предотвращения суицидов
 - 2.9. Алгоритм взаимодействия специалистов в оказании помощи детям с астеническими учащимися для предотвращения суицидов
 - 2.10. Алгоритм действий классного руководителя по предупреждению суицидов
 - 2.11. Алгоритм действий классного руководителя по факту совершения (попытки) подростком суицида
 - 2.12. Индикаторы суицидального риска
 - 2.13. Совершенствование деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения школьников
3. План работы школьного психолога по предупреждению суицида
4. Модель суицидальной превенции «Уровни профилактики суицида в образовательной среде»
5. Направления работы
 - 5.1. Просвещение
 - 5.1.1. Акция «Жизнь в позитиве»
 - 5.1.2. Фестиваль психологических идей «Я люблю тебя, жизнь!»
 - 5.2. Консультирование
 - 5.2.1. Алгоритм профессиональных действий в работе с ребенком-суицидентом
 - 5.2.2. Принципы приема консультирования
 - 5.2.3. Активное слушание
 - 5.2.4. Пятишаговая модель интервью

- 5.2.5. Типичные ошибки диалога
- 5.3. Диагностика для выявления суицидального намерения
 - 5.3.1. Опросник детской депрессии
 - 5.3.2. Методика «Незаконченные предложения» (версия Г.С. Банникова)
 - 5.3.3. Цветовой тест М. Люшера
 - 5.3.4. Работа с родителями
- 6. Сопровождение
 - 6.1. Психолого-медико-педагогический консилиум как эффективная технология в сопровождении учащихся группы риска
- 7. Реабилитация суицидентов
 - 7.1. Тематический план реабилитации
 - 7.2. Выявление антисуицидальных копинг-стратегий
 - 7.3. Техники, применяемые в работе с суицидентами
- 8. Глоссарий
- 9. Заключение
- 10. Литература

1. Введение

Суицид - одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. Самоубийство, как считают исследователи, явление сугубо антропологическое. В литературе проблема суицида нашла свое отражение еще во времена Древнего Египта, именно к этому периоду относят исследователи поэтическое произведение "Спор разочарованного со своей душой".

Актуальность поднятой проблемы подчеркивается также и тем, что ситуации, которые толкают человека на самоубийство, имеют чрезвычайно широкий диапазон -- от обыденных и банальных до глубоко трагичных. Покушению на свою жизнь также могут предшествовать события разной степени серьезности.

Суицид как проявление кризиса

Еще с древности отношение к смерти и суициду носило двойственный характер: до первых цивилизаций Египта, Греции и Рима самоубийство, по-видимому, не поощрялось, затем отношение к нему стало более толерантным. Много позже зашел спор о том, является ли такой способ ухода из жизни чем-то нормальным или патологическим. Первые психологические концепции, берущие начало в научных трудах первой половины XIX века, рассматривали самоубийство как продукт болезненно измененной психики, квалифицируя суицидальные проявления как симптом психического заболевания.

Большинство советских авторов при объяснении механизмов, лежащих в основе суицидального поведения, исходили из классических представлений И. П. Павлова о суициде как следствии кратковременного или длительного торможения рефлекса цели. По И. П. Павлову, рефлекс цели -- это «стремление к обладанию раздражающим предметом, понимая и обладание, и предмет в широком смысле слова» (цит. по: Клиническая психиатрия, 1989). Сила этого рефлекса представляет собой относительно стабильную величину, проявляющуюся независимо от смысла и ценности цели. Однако находясь под постоянным влиянием внешних условий, рефлекс цели подвергается широким изменениям: от усиления до почти полного исчезновения. В последнем случае и возникает суицид, так как с угасанием рефлекса цели исчезает и ценность жизни.

Первым исследователем суицида и основателем суицидологии был французский социолог *Эмиль Дюргейм*. В фундаментальном исследовании «Самоубийство» (1897) он утверждал, что его следует объяснять, учитывая внешние обстоятельства, особенности общества.

В соответствии с его взглядами существует 3 *основных вида суицидов*.

1. Эгоистическая аутоагрессия – саморазрушение возникает из-за того, что человек чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей.

2. Анатомическая аутоагрессия является следствием неудач в приспособлении человека к социальным изменениям, приводящим к нарушению взаимной связи личности и группы. Такие самоубийства резко учащаются в периоды общественно-экономических кризисов, но сохраняются и в эпохи социального процветания, когда у быстро достигающих больших материальных благ людей возникает необходимость адаптации к новым условиям жизни.

3. Альтруистическая аутоагрессия – это суицид, который совершается человеком, если авторитет общества или группы подавляет его собственную эгоидентичность и он жертвует собой во благо общества, ради какой-либо социальной, религиозной или философской идеи.

1. Возрастные особенности суицидентов

Суицидальное поведение на разных этапах онтогенетического развития имеет свои особенности. Самоубийство во всем мире имеет подвижные возрастные пики, но при сравнительной статистике выделяются два основных: «пик» молодости – от 15 до 23 лет и «пик» инволюции – после 40 лет. Наибольшим своеобразием, как показывают опыт и данные многочисленных исследований, характеризуются детско-подростковый и инволюционный периоды жизни человека.

1. Реакция депривации (чаще младший и средний подростковый возраст). Характерны: потеря интересов, угнетение эмоциональной активности, скрытность, молчаливость, негативные переживания.

В анамнезе – жесткое авторитарное воспитание.

2. Эксплозивная реакция (чаще средний подростковый возраст). Характерны: аффективная напряженность, агрессивность, завышенный уровень притязаний, стремления (часто необоснованные) к лидерству. В анамнезе – воспитание в семье, где эти реакции традиционны для взрослых.

Цель суицидальных действий в этом случае – стремление отомстить обидчику, доказать свою правоту. Как правило, суицидальные действия совершаются на высоте аффекта; в постсуициде критика суицидального поведения формируется не сразу, сохраняется оппозиционное отношение к окружающим.

3. Реакция самоустранения (средний и старший подростковый возраст с чертами незрелости). Характерны: эмоциональная неустойчивость, внушаемость, несамостоятельность. Это, как правило, педагогически запущенные подростки с невысоким интеллектом.

Цель суицидальных действий в этом случае – уход от трудностей.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в **специфике суицидальных действий**, среди которых выделяются следующие:

1. Самоповреждения. Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии. В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего – эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида.

2. Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные и возбудимые типы акцентуации; 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 подобным образом не разрешается – возможен повтор.

3. 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-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

4. Суициды с мотивацией самоустранения. Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А 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 неврастение. 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 постсуициде – страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.

Для суицидального поведения в инволюции характерны:

- трудности в приобретении новых представлений;
- ослабление контроля над эмоциональными реакциями;
- тенденции к эгоцентризму;
- немотивированные смены настроения с преобладанием элементов тоскливости, что снижает адаптацию к изменениям внешней среды.

1.1. Возрастно-психологические особенности суицидального поведения детей и подростков

Развиваясь, ребенок в силу своих психических возможностей дозированно усваивает информацию о смерти и не соотносит ее ни со своей личностью, ни с личностью его близких. Постепенно усваиваются ребенком формальные атрибуты, сопровождающие смерть: понятие траура, похороны. Дошкольники узнают о смерти через сказки, события жизни, но размышления о смерти им не свойственны. В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление, ограничивается понятием жизни и смерти. Однако дети не воспринимают необратимость смерти. Часто смерть связывается в сознании детей раннего детства с длительным отсутствием близких, с игрой у дошкольников, младших школьников, познанием-экспериментированием у подростков и юношей. Ребенком осознается две противоположные возможности быть умершим для окружающих и быть свидетелем раскаяния своих обидчиков. По утверждению ученых считается, что ребенок в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности не может использовать метод выбора. Поэтому ошибочно считать попытки демонстративными действиями. Суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманности, взвешенности, точного просчета. Отсутствие страха смерти, нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти не зависимо от формы самовоздействия.

Имеются данные о суицидах детей 3-6 лет, однако до 5 лет эта форма поведения встречается крайне редко. Чаще совершают самоубийства с 12 лет и до 24, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам, предъявляемыми к этой возрастной группе.

С техническим прогрессом появилась и новая суицидальная мотивация. Компьютерные игры создают иллюзию возможности жизни после смерти. Дети не воспринимают реальность смерти, конечность жизни т.к. в игре их несколько. Некоторые подростки начинают экспериментировать со своей жизнью в результате «метафизической интоксикации», проявляют любопытство «а есть ли жизнь после смерти?». Углубленные размышления о жизни и смерти, недостаточность критики, *слабый контроль эмоциональных состояний, эгоцентризм, повышенная самооценка создают условия для снижения ценности жизни, а в конфликте служат предпосылкой для суицидального поведения.*

Характерно для детского возраста не то, что суицидоопасные обстоятельства слишком трудны – часто они кажутся взрослым незначительными неурядицами. Проблема порождается скорее недостаточностью личностного ресурса: подросток не располагает умением решать проблемы, что свойственно периоду детства. Это создает ощущение безысходности, неразрешимости даже кратковременного объективно нетяжелого конфликта, порождает чувство отчаяния и одиночества. Конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.

Всё это снижает самооценку на фоне беспомощности, так как человек считает, что не справится. Аффективное состояние сочетается с искаженным восприятием времени. Он думает, что тяжёлое состояние никогда не кончится. Нарушается личностная идентификация, искажается образ – Я. Это приводит к неадекватной самооценке собственных возможностей, уменьшается возможность принимать конструктивные решения. Большинство подростков суицидальный поступок воспринимается в романтически героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение и может рассматриваться подростком в качестве оптимального способа разрешения своих актуальных проблем. Подросток находится в такой ситуации, когда разрешающие факторы, альтернативные действия и (возможные) последствия его действий воспринимаются лишь селективно. Суицидальное поведение кажется ему в таких

условиях единственной (понятной) возможностью изменения нетерпимой ситуации.

В качестве провоцирующих суицидальное поведение причин на когнитивном уровне являются в целом негативные или ограничивающие выбор когниции, а также неспособность разрешить имеющиеся проблемы, на эмоциональном уровне — импульсивность и недостаточная способность к регуляции эмоций. Вероятность совершения суицидального действия может быть выведена, прежде всего, из истории жизни пациента, т.е. попытки суицида в прошлом являются наиболее определенным указателем на возможность новых попыток покончить жизнь самоубийством. У подростков имеется ковариантность летальности попыток суицида с количеством таких попыток в прошлом. Факторами суицидального поведения подростков являются также переход на новые этапы развития, процессы развития и недостаточная способность к решению задач развития. У детей и подростков следует, кроме того, учитывать склонность к имитации суицидальных моделей, заимствованных из музыкальных произведений, кинофильмов, телепередач и прессы. Особенно это актуально, если модели соответствуют возрасту их потенциальных подражателей («Schmidtke, Schaller, 1998»). Вследствие психического заражения, через модель передается суицидальное поведение. Например, в 1981-82 гг. дважды по телевидению ФРГ был показан шестисерийный фильм "Смерть ученика". В центре фильма - 19 летний юноша, который совершает самоубийство, бросившись под поезд. В течение 70 дней после телесериала было зарегистрировано учащение суицидальных попыток таким же способом, как в фильме: среди юношей того же возраста на 175% по сравнению с уровнем до фильма, а среди девушек - на 167%. В других возрастных группах учащение суицидов не наблюдалось. У нас в республике суицид трех учениц широко обещался местным телевидением, после которого отмечалась суицидальная активность школьников. Авторы, изучавшие это явление, обратили внимание на ответственность средств массовой информации за повышение риска суицидов. Подростки совершают самоубийства вместе или друг за другом. Небольшие группы подростков даже объединяются и создают общества самоубийц. Подражание приводит, в частности, к расширенным суицидам. Конечно,

социальное подражание – «самоубийство за компанию» – наиболее характерно для подростково-юношеского возраста, когда сознание ребят особенно уязвимо к выводам, что будущее от них не зависит или, что их мечты вряд ли сбудутся.

1.2. Индивидуальные особенности детей и подростков

Для суицидентов, совершающих попытки самоубийства, характерна незрелость личности, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Склонные к самоубийству молодые люди отличались высокой импульсивностью, агрессивностью или недостаточным уровнем личностной идентификации, что необходимо для чувства собственного достоинства, осмысленности существования и целеустремленности. Некоторые подростки, склонные к самоубийствам характеризуются высокой внушаемостью или подражанием. Нередко эти черты выражены в акцентуациях характера, создают предпосылки социально-психологической адаптацией личности в пубертатный период.

Это подростки особенно чувствительные, тонкие, с чувством ответственности за свои поступки, ранимые, берущие вину за происходящее на себя, зависимые от мнения окружающих, отличающиеся низкой самооценкой, неуверенные в себе, в своих возможностях. Жизненные проблемы у людей такого типа вызывают обостренное чувство вины и отчаяния, мысли о собственной никчемности и бесполезности.

Анализ проблемы суицидов среди детей и подростков позволил выделить следующие психологические особенности: личностная тревожность (низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение); фрустрация (напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения); низкая или заниженная самооценка; высокая потребность в самореализации; трудность волевых усилий; снижение уровня оптимизма в стрессовых ситуациях; тенденция к самообвинению; аутоагрессия; негативное восприятие окружающего; отсутствие осознанного стремления к жизни.

Понимание дифференциальных основ личности подростка позволяет предсказать возможное поведение подростка, его склонность к суицидальному

поведению, предотвратить психогенные факторы, способствующие трагическому исходу. Знание особенностей разных типов характера является ключом к пониманию детской психологии, позволит прогнозировать поведение подростка, предвидеть вероятность суицидов. А определенные типы акцентуированных характеров выявляют склонность к разным формам суицидального поведения. По данным А. Е. Личко (1999), распределение типов характера связано с типами суицидального поведения. При демонстративном суицидальном поведении преобладали подростки истероидного, истеродно-неустойчивого и гипертимно-истероидного типов (50%), 32% — эпилептоиды и эпилептоидно-истероидного типа; 18% составляли подростки всех остальных типов, причем шизоидов, циклоидов и сенситивных подростков при демонстративном типе вообще не встречалось. При аффективном типе суицидального поведения основную группу составляли подростки с лабильным и лабильно-истероидным типами (37%), другие варианты истероидного типа — 23%, сенситивный и конформно-неустойчивые типы — по 18% и только 4% — эпилептоидный тип характера. Истинные суициды были характерны для сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Для подростков шизоидного типа свойственна чрезвычайно низкая выраженность суицидального поведения в подростковом возрасте.

Для *гипертимного типа акцентуаций* склонность к суицидальному поведению совершенно не характерна. Подростки этого типа не наносят себе ни физический, ни социально-психологический ущерб. Они скорее могут подвергнуться разрушительным воздействиям или саморазрушению вследствие тяги к риску, новым впечатлениям, острым ощущениям. *Так, 15-летняя девушка с гипертимной акцентуацией нанесла себе порезы на тыльной стороне руки после ссоры с воспитателем.*

Суицидные попытки или намерения им не свойственны, зато характерно аддиктивное поведение. Гипертимы пробуют на себе действие разнообразных дурманящих веществ, причем они избегают стадии привыкания, поскольку часто меняют свой выбор.

У *циклоидов* возможность суицида зависит от фазы. В гипертимной фазе они не отличаются от подростков гипертимного типа. Однако в субдепрессивной фазе для циклоидного типа акцентуаций характерно суицидальное поведение. Суицидные попытки совершаются обычно в стрессовой ситуации на высоте аффекта, когда самолюбие подростка уязвлено публично, его не покидают мысли о собственной неполноценности, непригодности, безволии. Подростка охватывает отчаяние, и он неосознанно или недостаточно осознанно идет к суициду.

Эмоционально-лабильные подростки склонны к суицидному поведению аффективного типа. Они быстро принимают решение и быстро его осуществляют (в тот же день). Мотивом этих действий служит не столько желание умереть, сколько сделать с собой что-то из-за невозможности пережить данное событие. Риск, приключения малопривлекательны для подростков этого типа. Они ищут эмоциональные связи и поддержку у друзей и близких. Эмоциональное отвержение, потеря поддержки значимых людей, например, родителей, толкает подростков эмоционально-лабильного типа к суицидным попыткам. Это — крик о помощи, чувство вины из-за невозможности удержать значимого другого, агрессия на самого себя.

Уязвимым звеном в характере *сенситивного* типа является чувство собственной неполноценности. Такие подростки зависят от окружающих, нуждаются в их добром отношении, поддержке и оценке. Недоброжелательность окружения, несправедливые обвинения, предательство друзей и возлюбленных, насмешки или подозрения легко приводят к развитию реактивной депрессии. Сенситивные подростки не делятся своими переживаниями, накапливая, аккумулируя чувство вины за свою неполноценность, постепенно приходя к мысли о невозможности и бессмысленности своего существования. Незаметно для окружающих у них вызревают суицидные намерения, которые реализуются неожиданно для всех.

Эпилептоидный тип акцентуации предопределяет риск самоубийства. Истинные суициды встречаются у эпилептоидных психопатов. При акцентуациях характерна демонстративная форма суицидального поведения. Мотивом служит

желание причинить обидчику вред, напугать кого-то, добиваясь своих целей. Но демонстративные по форме намерения при сильной аффектации эпилептоидов могут стать неконтролируемыми и обернуться трагически. Аффективные реакции эпилептоидов чаще всего агрессивны, если подросток остается в одиночестве, в безвыходной ситуации, то агрессия может быть направлена на себя. Характерны порезы, самоповреждения горящими предметами как проявление мазохистических тенденций эпилептоидов.

Главной чертой *истероидного* характера является демонстративность, что обуславливает склонность к суицидному шантажу у подростков данного типа акцентуаций. Подросток стремится произвести наибольшее впечатление на окружающих, разжалобить или напугать, но главное привлечь к себе внимание, добиться желаемого. Демонстративность суицида может обернуться реальным самоубийством из-за несчастного случая. Желание выделиться приводит к неверному расчету усилий или последствий поступка.

Конформный ребенок может совершить суицид за компанию. Ребенок шизоидной акцентуации скорее совершит самоубийство после приема допинга.

Суицидальное поведение подростков относится к области «пограничной психиатрии» — области психопатий и непсихопатических реакций на фоне акцентуаций характера, свойственных подростковому возрасту. Только 5% суицидов, включая попытки, падает на психозы, тогда как на психопатии по европейской статистике приходится 20-30%, а остальное — на «подростковые кризы», а по отечественным данным, число попыток самоубийства среди подростков одинаково в случае психопатий и акцентуаций.

Имеют значение и полоролевые различия. У девушек риск самоубийства в 2—3 раза ниже, однако, суициды случаются и в более раннем возрасте, обычно после 12 лет; опыт показывает, что на одну попытку самоубийства среди юношей приходится три попытки среди девушек, но на одно завершённое самоубийство девушек — три среди юношей.

У женщин и девушек причиной суицида могут быть завышенные ожидания от интимных отношений, т. е. ожидания слишком высоки или реальность слишком неблагоприятна. Например, существует статистика, что к суицидам приводят несбывшиеся ожидания праздника: в пятницу суициды бывают реже, чем в понедельник. Предменструальный синдром, особенно у девочек с неустойчивым менструальным циклом может быть пусковым механизмом к совершению суицида.

2. Нормативно-правовая база по профилактике суицида

2.1. Конкретизация должностных инструкций по работе со случаями суицидального поведения

2.1.1. Классный руководитель (куратор группы).

1. Раннее выявление учащихся с нервно-психической неустойчивостью, акцентуациями (выраженными отклонениями) характера, проблемным поведением.

2. Индивидуальный подход и воспитательная работа с учетом их психологических и возрастных особенностей личности.

3. Работа с родителями и детьми по привитию здоровых привычек.

4. Диагностика семьи.

5. Планируемое распределение физических и психологических нагрузок.

6. Предупреждение чрезмерного эмоционального напряжения.

7. Организация досуга, создание условий для переживаний успешности, самоутверждения, формирование позитивной самооценки и др.

8. Быстрая и адекватная коррекция аномального поведения.

9. Развитие у себя личных и профессиональных качеств фасилитатора. Содействие позитивной идентификации суицидента, отработка старых клише, обретение новых совместно с психологом.

2.1.2. Социальный педагог, медицинская сестра.

1. Составление сводок по всем случаям суицидов и покушений среди жителей закрепленного за ОУ района путем запроса в дежурную часть ГОВД (РОВД) и приемные отделения токсикологического отделения больницы.

2. Выявление учащихся, состоящих на учете в ОПДН, ВШК и поставленных на учет после покушения на самоубийство, с датой суицидальной попытки и записью на прием к врачу, психологу.
3. Своевременная передача сведений о суицидентах врачу, школьному психологу.
4. Обеспечение в установленные врачом, психологом первичные и повторные явки (путем вызова по телефону, посещений на дому).
5. После посещения на дому обязательное заполнение патронажного листа.
6. Контроль за выполнением указания врача, психолога по проведению социального обследования и реабилитационных мероприятий, осуществление контакта с государственными и не государственными учреждениями, родственниками и близкими.

2.1.3 Школьный психолог.

Основной задачей **школьного психолога** является превенция суицидального поведения, которая может осуществляться в следующих направлениях: диагностика, просвещение, профилактика, развитие, коррекция, реабилитация:

1. Выявление людей с повышенным риском суицидальности и проведение экспериментального психологического обследования, результаты обследования оформлять в виде развернутого заключения.
2. Постановка на внутренний учет и организация помощи детям с суицидологической готовностью. Постоянный взаимообмен информацией с врачами по детям группы риска.
3. Прогнозирование суицидальной активности учащихся, объяснение родителям сути суицидального намерения, поведения и психологию кризиса и др.
4. Ведение систематической работы среди участников образовательного процесса по пропаганде психогигиенических знаний и возрастнo–психологических, индивидуальных особенностей людей.
5. Своевременное оказание адекватной помощи человеку:

снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;

уменьшение эмоциональной зависимости и ригидности;

формирование компенсаторных механизмов поведения;

формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

2.2. Алгоритм действий педагога-психолога ОУ по работе с группой риска

1. Сбор информации о социальном неблагополучии подростков, обучающихся в ОУ, или подростков, совершивших правонарушения.
2. Проведение входящей диагностики.
3. Изучение психолого-педагогических особенностей личности подростка, его микросреды (посещение семьи на дому, индивидуальные беседы с подростком и родителями), выявление интересов и потребностей трудностей и проблем, конфликтных ситуаций, отклонений и поведении обучающегося (анкетирование, индивидуальные беседы с подростком, классным руководителем)..
3. Составление индивидуальной карты сопровождения подростка по оказанию психолого-педагогической помощи и поддержки (проведение тренингов, индивидуальных бесед, корректирующих занятий).
4. Составление индивидуальной психолого-педагогической карты семьи подростка (коррекция взаимоотношений в семье, общение между родителями и ребенком, проведение индивидуальных консультаций, тестирования).
5. Осуществление взаимодействия со всеми субъектами профилактики, при необходимости привлечение соответствующих служб для работы с подростком.
6. Информирование педагогического коллектива школы, Совета профилактики о результатах психолого-педагогической коррекции подростка.
7. Участие в заседаниях Совета профилактики школы и при необходимости внесение предложений о снятии с учета.

2.3. Алгоритм оперативного межведомственного взаимодействия в области организации профессиональной помощи детям с угрозой для жизни и здоровья

№	Ведомства, орган, учреждение	Действия	Сроки	Правовая
---	------------------------------	----------	-------	----------

				основ а
1.	Все субъекты профилактики	<p>1. Направляют сообщение (информацию)</p> <ul style="list-style-type: none"> - о выявленном факте насилия по отношению к несовершеннолетнему в ОВД, КДН и прокуратуру для дальнейшего разбирательства по существу и принятия мер; - о непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью, носящей прямой и явный характер, не вызывающий сомнения в возможности наступления суицидальных действий (попытка суицида) в учреждения здравоохранения для оказания скорой медицинской помощи, при необходимости консультации РПБ, ОВД и др. <p>2. Направляют информацию в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав для осуществления контроля за обеспечением прав ребенка.</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечивают доступность информации о местах, куда можно обратиться за помощью в случае угрозы насилия. - формируют через СМИ общественное мнение о роли и месте семьи в обществе, о здоровом образе жизни, о негативном отношении к насилию и жестокости в семье. Привлекают общественное мнение к решению этих проблем и их профилактике. 	<p>незамедлительн о</p> <p>в течение суток</p> <p>незамедлительн о</p>	<p>ФЗ № 120</p> <p>От 24.06. 1999</p>
2.	Органы внутренних дел	<p>Принимают меры (совместно с органами опеки и попечительства) по защите ребенка, если его жизни и здоровью угрожает опасность: – изъятие из семьи и помещение в детское учреждение;</p> <ul style="list-style-type: none"> - при необходимости назначение судебно-медицинской экспертизы; - установление в действиях родителей состава административного правонарушения, составление протокола и направление на рассмотрение в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав; - информирование органов опеки и попечительства о необходимости сбора материалов на лишение родительских прав в отношении родителей, допускающих насилие или жестокое обращение с детьми и 	<p>незамедлительн о</p> <p>в течение суток</p> <p>в течение суток</p> <p>незамедлительн</p>	<p>КоАП РФ</p> <p>УПК Р</p>

		<p>направлении дела в суд;</p> <p>-при установлении в действиях родителей состава преступления возбуждают уголовное дело;</p> <p>-постановка на учет в ПДН ОВД неблагополучных родителей (иных законных представителей), проведение с ними профилактической работы.</p>	<p>о</p> <p>в течение 3-х суток</p>	<p>Приказ МВД РФ № 569- 2000г. Ф.</p>
3.	Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав	<p>Принимает сообщение о факте насилия, угрозе жизни и здоровью, анализирует имеющуюся информацию о данной семье:</p> <p>1) поступающую информацию от органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних:</p> <p>-зафиксировать в документах по делопроизводству;</p> <p>-поставить на учет семьи, находящиеся в кризисном состоянии, в социально опасном положении;</p> <p>при необходимости запрашивает информацию в других ведомствах</p> <p>-анализирует и выявляет причины и условия, способствовавшие жестокому обращению с ребенком;</p> <p>организует профилактическую работу по предупреждению данных явлений;</p> <p>организует индивидуально - профилактическую работу по реабилитации несовершеннолетних жертв насилия.</p> <p>2) при поступлении информации о жестоком обращении с ребенком от граждан:</p> <p>- дать поручение социальным педагогам или сотрудникам учреждений соцзащитны провести обследование условий жизни и воспитания ребенка;</p> <p>-по результатам акта обследования направить сообщение в правоохранительные органы для привлечения к установленной законом</p>	<p>весь период</p> <p>в течение 15 дней со дня поступления</p> <p>в течение 7 дней</p>	<p>ФЗ № 120 От 24.06. 1999 КоАП РФ Семе йный кодек с РФ</p>

		<p>ответственности, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №1), оставив копии сообщений и прилагаемых материалов остаются в документах по делопроизводству;</p> <p>3) при получении административного протокола, составленного на родителей по статье 5.35 КоАП РФ (неисполнение родительских обязанностей), в материалах к которому содержится информация об антисанитарном содержании жилья, несоблюдении элементарных правил гигиены, отсутствии в доме спальных мест, постельных принадлежностей, одежды, пищи и иных предметов, необходимых для обеспечения должного ухода за детьми, о систематическом пьянстве родителей, даже если ранее родители не привлекались к административной ответственности по указанной статье, необходимо направить сообщение в правоохранительные органы для проведения соответствующей проверки и решения вопроса о возбуждении уголовного дела в отношении родителей, жестоко обращающихся с детьми.</p> <p>-организуют сбор материалов на лишение родительских прав, составляют мотивированное заключение и направляют материалы по лишению родительских прав в прокуратуру или суд</p> <p>-участвует при необходимости в судебном разбирательстве.</p> <p>-ставит семью на контроль до окончательного разрешения вопроса.</p> <p>-координирует и контролирует проведение социальной реабилитации либо устройства ребенка, а также профилактику семьи ведомствами в случае оставления ребенка в семье, если факты насилия не подтвердились, однако в действиях родителей усматривается уклонение от исполнения родительских обязанностей либо отрицательное влияние на детей.</p>		
4.	Органы опеки и попечительства	<p>Принимают меры по защите прав и законных интересов ребенка:</p> <p>-при получении информации о непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью, носящей прямой и явный характер, не вызывающей сомнения в</p>	весь период	Семейный кодекс с РФ статье й 77

		<p>возможности наступления суицидальных последствий, причинения телесных повреждений или иного вреда здоровью ребенка в силу самых разнообразных причин (избиения родителями, от голода из-за не предоставления пищи, истязаний и т.п.):</p> <p>1) выйти на место для обследования условий жизни и воспитания ребенка (при необходимости - с участием сотрудников правоохранительных органов), составить соответствующий акт;</p> <p>2) вынести по результатам рассмотрения сообщения о наличии такой угрозы акт об отобрании ребенка (постановление, распоряжение главы администрации муниципального образования);</p> <p>3) исполнить данный акт немедленно (при необходимости - с участием сотрудников правоохранительных органов);</p> <p>4) незамедлительно уведомить об отобрании ребенка у родителей прокурора, который при наличии соответствующих оснований принимает меры, предусмотренные законом;</p> <p>5) обеспечить временное устройство ребенка (поместить в гостиницу, социально-психологический центр для несовершеннолетних и др.);</p> <p>6) в течение семи дней после издания акта об отобрании ребенка обратиться с иском в суд о лишении родителей родительских прав или об ограничении их родительских прав .</p> <p>При поступлении информации о жестоком обращении родителей с ребенком:</p> <p>1) направить сообщение в правоохранительные органы для привлечения к установленной законом ответственности, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №1), оставив копии в документах по делопроизводству;</p> <p>2) направить сообщение в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №1), оставив копии в документах по делопроизводству;</p> <p>3) готовить материалы в суд для возбуждения дела о лишении родительских прав.</p>	<p>в течение 7 дней</p>	<p>Семейный кодекс с РФ статья 69</p> <p>ФЗ № 124</p> <p>От 24.07. 1998</p>
--	--	---	-------------------------	---

		<p>Решают вопросы по восстановлению необходимых документов и защите имущественных прав ребенка (свидетельство о рождении, справки о жилье, о закреплении жилья за ребенком и т.д.).</p> <p>Привлекают правоохранительные, социальные, медицинские, образовательные учреждения и другие органы, занимающиеся защитой прав ребенка для участия в мероприятиях по обеспечению защиты прав и законных интересов ребенка, которые несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, охране здоровья, социальной поддержке и социальному обслуживанию ребенка</p>		
5.	<p>Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, социальные учреждения</p>	<p>В случае выявления явных признаков жестокого обращения:</p> <p>1) провести совместно со специалистами органов опеки и попечительства и при необходимости - сотрудниками органов внутренних дел обследование условий жизни и воспитания ребенка, составить акт обследования (форма - приложение № 3);</p> <p>2) направить служебную записку руководителю учреждения о выявленных признаках жестокого обращения с ребенком, приложив акт обследования;</p> <p>3) руководитель учреждения направляет информацию о выявленных признаках жестокого обращения с ребенком в правоохранительные органы, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение № 1), оставив копии сообщений и прилагаемых материалов в документах по делопроизводству;</p> <p>4) руководитель учреждения направляет информацию о выявленном случае жестокого обращения с ребенком в комиссию по делам несовершеннолетних, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №2), оставив копии сообщений и прилагаемых материалов остаются в документах по</p>	<p>весь период</p> <p>согласно плану работы учреждения.</p>	<p>ФЗ № 120</p> <p>от 24.06.1999, Устав учреждения</p>

		<p>делопроизводству.</p> <p>5) организуют социальную реабилитацию несовершеннолетнего, поступившего в учреждение по факту насилия в семье.</p> <p>6) организуют системную комплексную реабилитационную работу с семьей, как находящейся в социально опасном положении.</p> <p>7) организуют мероприятия общей профилактики насилия в семье с детьми и родителями, находящимися на обслуживании.</p>		
7.	Лечебно-профилактические учреждения	<p>В случае выявления явных признаков угрозе жизни и здоровью, жестокого обращения с ребенком:</p> <p>1) провести медицинскую оценку состояния ребенка, зафиксировав данные в медицинской карте;</p> <p>2) при необходимости госпитализировать ребенка;</p> <p>3) направить служебную записку руководителю лечебного учреждения о случае с ребенком;</p> <p>4) руководитель лечебного учреждения немедленно направляет информацию о выявленном случае с угрозой для жизни и здоровья ребенка, насилия и жестокого обращения с ребенком в правоохранительные органы, органы опеки и попечительства, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение № 1), оставив копии сообщений в документах по делопроизводству;</p> <p>5) руководитель учреждения немедленно направляет информацию о выявленном случае жестокого обращения с ребенком в органы опеки и попечительства и комиссию по делам несовершеннолетних, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №2), оставив копии сообщений в документах по делопроизводству.</p> <p>6) организуют оказание медицинской помощи ребенку по фактам жестокого обращения в семье.</p> <p>7) проводят профилактику жестокого обращения с детьми при патронажах в семьях, находящихся в социально-опасном положении.</p>	<p>весь период</p> <p>по плану учреждения</p>	<p>ФЗ № 120</p> <p>от 24.06.1999, Устав учреждения</p>

8.	<p>Центры психолого-педагогической диагностики и консультирования;</p> <p>психолого-медико-социального сопровождения</p>	<p>Разрабатывают методики социальной реабилитации и индивидуальных программ профилактики детского насилия в семье для специалистов разных ведомств (образование, социальная защита и т.д.).</p> <p>Организуют индивидуальную реабилитацию несовершеннолетнего по факту насилия в семье, а также работу с семьей, как находящейся в социально опасном положении.</p> <p>Содействуют созданию психолого-педагогических условий для реабилитации детей, совершивших суицидальную попытку.</p>	<p>согласно плану работы учреждения</p> <p>весь период</p>	<p>ФЗ № 120</p> <p>от 24.06.1999,</p> <p>Устав учреждения</p>
9.	<p>Образовательные учреждения</p>	<p>В случае выявления явных признаков жестокого обращения с ребенком:</p> <p>1) педагогам, социальным педагогам, психологам, немедленно направить служебную записку руководителю образовательного учреждения о выявленном случае жестокого обращения с ребенком;</p> <p>2) руководитель образовательного учреждения немедленно сообщает по телефону (затем, в течение дня направляет письменную информацию) о выявленном случае жестокого обращения с ребенком в органы опеки и попечительства для проведения обследования условий жизни и воспитания ребенка;</p> <p>3) общественный инспектор по охране прав детства совместно со специалистом образовательного учреждения, сотрудника органов внутренних дел (при необходимости) незамедлительно проводит обследование условий жизни и воспитания ребенка, по результатам которого составляется акт обследования (форма - приложение №3);</p> <p>5) руководитель образовательного учреждения направляет информацию о выявлении признаков жестокого обращения с ребенком в правоохранительные органы, комиссию по делам несовершеннолетних, зафиксировав номер исходящего сообщения (форма - приложение №2), оставив копии сообщений и прилагаемых материалов в документах по делопроизводству.</p> <p>6) общественный инспектор по охране прав детства ОУ проводят:</p> <p>правовой всеобуч для детей и родителей;</p> <p>организуют психологическую и</p>	<p>согласно плану работы учреждения</p> <p>в течение 3-х дней</p>	<p>ФЗ № 12</p> <p>от 13.01.1996</p> <p>ФЗ № 120</p> <p>от 24.06.1999,</p> <p>Устав учреждения</p>

		<p>педагогическую помощь детям, подвергшимся насилию;</p> <p>организуют мероприятия общей профилактики насилия в семье с учащимися и родителями;</p> <p>предоставляют информацию по запросам об учащемся, подвергшемся насилию, и его семье.</p>		
10	Органы и управления ведомств	<p>Разрабатывают общий алгоритм действий специалистов, выявивших факты насилия над детьми и жестокого обращения с ними.</p> <p>Разрабатывают нормативные ведомственные акты, закрепляющие действия специалистов в случаях выявления фактов насилия над детьми и жестокого обращения с ними, и их персональную ответственность за эти действия или бездействия (Устав учреждения, приказ, постановление, должностная инструкция специалиста и т.д.).</p> <p>Осуществляют контроль за проведением мер по профилактике безнадзорности несовершеннолетних; родителями, не исполняющими обязанности по содержанию, воспитанию, обучению и защите прав своих детей либо жестоко обращающихся с ними.</p>		ФЗ № 120 от 24.06.1999
11	Уполномоченный по правам ребенка	<p>Осуществляет независимый контроль и экспертизу по реализации порядка межведомственного взаимодействия по выявлению и профессиональному вмешательству в ситуацию насилия и жестокого обращения в семье с несовершеннолетними.</p> <p>Участует (по согласованию) в организации и проведении акций и мероприятий, направленных против насилия и жестокого обращения с детьми в семье.</p>		

2.4. Алгоритм межведомственного взаимодействия при совершении суицида (рекомендации Минздрава Республики Тыва)

1. В случае поступления несовершеннолетнего с попыткой суицида или получении информации о факте суицида несовершеннолетнему оказывается необходимая экстренная медицинская помощь в медицинском учреждении (ЦКБ) по месту пребывания суицидента

2. Руководитель медицинского учреждения (ЦКБ) немедленно направляет информацию о выявленном случае суицида:

2.1 в территориальный орган внутренних дел (УМВД) для выявления наличия криминальной составляющей

2.2 Отправляет извещение в ГБУЗ РТ «Респсихбольницу» для оказания психолого-психиатрической помощи.

3. Врач-психиатр, фельдшер в ЦКБ осматривает ребенка с согласия родителей либо законных представителей (опекунов) ребенка – суицидента и рекомендует психолого-психиатрическую помощь. При согласии родителей или самого суицидента в возрасте от 15 лет и старше (письменное согласие) с целью предупреждения рецидива и стабилизации психологического состояния ребенка проводятся лечебно-реабилитационные мероприятия.

В случае отказа от психолого-психиатрической помощи психиатрическое освидетельствование и дальнейшие лечебные мероприятия (согласно статьи 27) оформляются через отдел органов опеки и попечительства.

4. Территориальный орган внутренних дел сообщает инспектору по делам несовершеннолетнего для дальнейшего проведения этапов профилактической работы.

5. Инспектор ОПДН направляет материалы анализа в Министерство образования РТ, Министерство труда и социальной политики РТ, Уполномоченному по правам ребенка по РТ для принятия оперативных мер по устранению причин и предупреждению повторных суицидов.

6. ГБУЗ РТ «Респсихбольница» в целях обеспечения мер психолого-психиатрического реагирования по каждому случаю поступления информации о факте суицида среди детей направляет сообщение в Министерство здравоохранения РТ.

7. Министерство здравоохранения РТ с учетом положений федерального закона от 21.11. 2011 № 323 ФЗ « Об основах охраны здоровья направляет специалиста для участия в работе антикризисной группы по организации психолого-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом, создаваемой в случае согласия родителей либо законных представителей или самого суицидента от 15

лет и старше на его реабилитацию с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния.

8. Все ведомственные учреждения Министерство образования РТ, Министерство труда и социального развития РТ, Министерства здравоохранения РТ, Уполномоченный по правам ребенка по РТ создают комиссию по изучению случая попытки суицида и разработки мер профилактического характера.

2.5. Алгоритм межведомственного взаимодействия по выявлению семейного неблагополучия, организации работы с семьями, находящимися в социально-опасном положении (трудной жизненной ситуации)

1. Выявлением безнадзорных детей занимаются:

- от 0- 4 лет субъекты профилактики: здравоохранение, соцзащита, участковый уполномоченный по делам несовершеннолетних, органы опеки и попечительства.
- от 6 до 15 лет – органы управления образованием, опеки и попечительства, внутренних дел, соцзащиты, здравоохранения молодежи.
- от 15 до 18 лет – органы управления социальной защитой населения, службы занятости населения, органы по делам молодежи, внутренних дел, опеки и попечительства, учебно-воспитательные учреждения закрытого типа.

2. Выявленный безнадзорный

от 0 до 18 лет направляется в органы внутренних дел (ИДН) для установления личности, родителей(их представляющих), места жительства и причины безнадзорности.

2.1. Безнадзорные от 0-4 лет после установления личности направляются в учреждения здравоохранения с целью выхаживания и воспитания, а также содействия органам опеки и попечительства в устройстве несовершеннолетних в ОУ по возрасту.

Комментарий: в республике до сих пор не открыты группы для пребывания таких детей в учреждениях здравоохранения. Дети находятся в соматических отделениях вместе с больными детьми.

2.2. Безнадзорный от 6 до 15 лет после установления личности (если он не больной) направляется в специальные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации органов социальной защиты.

3. В течение срока, пока безнадзорный будет находиться на реабилитации, органы здравоохранения, социальной защиты совместно с инспекторами опеки и попечительства, ИДН оформляют документы на устройство несовершеннолетнего в ОУ (детдом, специальные ОУ).

4. В случае отсутствия места в специальных ОУ, несовершеннолетний остается в группе временного пребывания органов здравоохранения или социальной защиты.

5. С целью комплексного сопровождения несовершеннолетнего и его родителей (их представителей) инспекторами КДН разрабатывается система мер по защите прав и интересов ребенка:

Детдом: создает условия для развития и воспитания ребенка и принимает меры по устройству ребенка в семью.

Школа: создает условия получения качественного основного общего образования.

Здравоохранение: лечение, консультация и профилактическая работа с ребенком и его родителями, патронаж семьи несовершеннолетнего.

Социальные службы: реабилитация ребенка и родителей, оказание материальной помощи, патронаж семьи.

Служба занятости: временное трудоустройство несовершеннолетнего и, если необходимо, помощь родителям ребенка в трудоустройстве..

Органы культуры: ранняя профилактика, создание условий для развития несовершеннолетнего, организация досуговой деятельности.

Отделы молодежи: содействие в трудоустройстве, в получении профессионального образования, участвуют в организации досуга несовершеннолетних, оказание помощи общественным объединениям детей.

Общественные объединения (женсовет и т.д.): организация работы по месту жительства, содействие в трудоустройстве ребенка и родителей, профилактическая работа с проблемными семьями.

КДН: осуществляет координационную деятельность субъектов профилактики, профилактику и контроль за осуществление ФЗ №120.

Прокурорский надзор за соблюдение закона ФЗ №120 всех субъектов профилактики.

2.6. Алгоритм для непрофессиональных действий в работе с ребенком-суицидентом

Беседа будет эффективной, если соблюдена последовательность принципов:

- 1. Безотлагательность.** Если выявили, что у ребенка есть суицидальные мысли или планы необходимо с ним срочно организовать беседу.
- 2. Примите суицидента как личность.** Нет ничего страшного, принять личность ребенка, даже если у него суицидальные установки или планы.
- 3. Установите заботливые отношения.** Вы может первый человек, к которому ребенок обратился за помощью. Займите позицию уверенного человека. Если не поддержите, то ребенок может замешкаться и замкнуться.
- 4. Будьте внимательным слушателем.** Ребенку сложно рассказать о боли, иногда даже его необходимо поддержать: «Я очень ценю твою откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами требуется много мужества».
- 5. Не спорьте.** Оценочное суждение подавляет ребенка. Вы сразу можете потерять его. Не пытайтесь внушить, что либо, ведь ребенок уже несколько раз думал об этом, прежде чем рассказать вам о суицидальном намерении. Будьте осторожны, даже если его высказывания противоречат здравому смыслу. **Необходимо** исключить фразы:

«Подумай, ты живешь гораздо лучше, чем другие»;

«Тебе следовало бы поблагодарить судьбу»,

«Ты понимаешь, какие несчастья, ты повлечешь на семью, себя»

6. Задавайте вопросы. Часто ребенок чувствует облегчение, когда ему задают вопросы. Задавайте вопросы прямые: «Ты думал о суициде?», если не думал, то он так и скажет: «Нет, не думал/а».

«Как вы себя чувствуете?»

«С каких пор жизнь безнадежна?»

«Ты думаешь о самоубийстве, как ты думаешь, почему ты считаешь свою жизнь безнадежной?»

«Расскажи мне, что с тобой происходит?»

«Ребенку будет легче, если вы первый задаете вопросы: как дела, как ты себя чувствуешь?»

«Что-то ты неважно выглядишь, что ты собираешься делать?» – легче определить готовность к суициду.

«А что, если ты собираешь причинить себе боль?»

НЕЛЬЗЯ!! «Ты не можешь так думать? Ты еще маленький!».

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Ребенок может пойти на суицид, если вы будете банальны, когда суицидент, нуждается в искреннем, заботливом участии в его судьбе. Например, потеря вещи, смерть близкого человека и мы не можем вернуть, тогда нужно искать выход: выбрать, чем заменить вещь или кем умершего, ушедшего.

8. Предложите конструктивные подходы. Спросите об альтернативных подходах, которые приходили ему в голову. Нужно определить источник дискомфорта, и что еще ценит ребенок. Суицид – это секретная среда. Если ребенок открывается, то это уже динамика. Выясните чувства, которые ребенок испытывал. Важно найти положительные эмоции. Помочь сделать выбор решения. Предложить множество вариантов. Дать ребенку понять, что этот вариант не есть универсальный. Есть и

другие варианты. Это есть создание ситуации выбора. Здесь ключевой момент терапии.

Для человека значимо, что он еще ценен и все что связано с его переживаниями, поговорите о значимых лицах, о значимом времени.

Для стимуляции дискуссии:

«Что с тобой случилось за последнее время?»

«Когда ты почувствовал себя хуже?»

«Что произошло в твоей жизни как произошли с вами эти проблемы?»

«К кому из окружающих они имели отношение?»

Для выявления чувств:

«Мне кажется, ты очень расстроен?»

«По-моему мнению, ты сейчас заплачешь?»

«Может, ты поделишься со мной своими проблемами, я постараюсь понять?»

Для выявления опыта переживаний кризисных ситуаций:

«Ситуация значима для тебя?»

«Кто эти люди, которые продолжают тебя волновать?»

«Теперь, когда проанализированы все моменты, появилась у тебя альтернатива?»

«Появился ли луч надежды?»

9. Вселяйте надежду. Надежда позволяет выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо!». Лучше: «Как бы ты мог изменить ситуацию. Какому вмешательству извне, ты мог бы противостоять? К кому бы ты мог обратиться за помощью?» У ребенка туннельное видение, у него снижено настроение. Надо настраивать ребенка на позитив, выводить из

«суицидального котла». Внушайте, что у него есть позитивное будущее. Да бывает плохо, но важно!!! Расширьте его кругозор, жизнь не заканчивается на данном этапе, нужно продолжать жить дальше

10. Оценить степень риска. К суициду многие готовятся. Для ребенка с суицидальной установкой любая негативная ситуация может актуализировать суицид.

11. Не оставляйте ребенка одного, оставайтесь как можно дольше с ним, вызовите родителей. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И ситуация не разрешится, пока человек не адаптируется в жизнь.

2.7. Алгоритм для непрофессиональных действий в работе с ребенком-суицидентом (на тувинском языке)

Мунгаргай байдалга алзыпкаш, амы-тынынга четтинип болур (суицидке сундулуг) уруглар-биле ажылдаар башкыларга арга-суме.

Сагыш-сеткили мунгаргай хоонге алзыычал болгаш амы-тынынга четтинип болур хире уругну эскерип каан болзунарза, олче дораан кичээнгейни салып, ону онзагай хайгааралга ап алыр болза эки. Ындыг уругну эмин эрттир дувуретпейн, оон ындыг байдалын эскербээн кижиге бооп, оон-биле чоокшулажып алырын кызыдынар. Оон бузурелин канчалдыр чаалап алырын бодап, ол иштиги сагыш-сеткилин чажырбайн, силернин-биле улежир кылдыр бодунар аайынарже кирип алырын кызыдынар.

Ынчангаш оон-биле чоокшулажып алырынын кандыг-бир аргазын тып алыр болзунарза эки. Кандыг аргаларны ажыглап болур?

- Уругну кандыг айтырыг дувуредип, ол чуу дээш, сагышсырап турарын силерге коргуп-сезинмейн, эпчоксунмайн чугаалап бээрин сагындырбышаан, ону кады шиитпирлеп болурунуң аргаларын тып, дилеп болурунарны чугаалаар ужурлуг силер. Оон берге байдалын силерниң база билип турарыңарны тайылбырлап, орус дылда

«безвыходных положений не бывает» дээри дег, сээн сагышсырал турар чувенни база шиитпирлежиптер бис деп сагындырар апаар силер.

- Уруг сагыш-сеткилин силерге чугаалап эгелей берзе, ону черле узе кирбейн, артык айтырыг салбайн, чугаазын тондур дыннап алыр ужурлуг силер. Анаа сагыш-сеткилин ундур чугаалаптар органы беринер. Бир эвес ол алгырып-кышкырып-даа эгелезе, кончуп, алгыра бербейн, таптыг дыңнап алынар. Ишти-хөңнүн үндүр чугаалап, ыглап-сыктап каапкаш, оожургай-даа бээр чадавас.

- Уругнуң хостуг үезинде кылыксаары азы сонуургалдыг чүүлүн бир арга-биле билип алырын боданар, чижээлээрге, номчулгага азы чурулгага, дааранырынга азы аргыттынарынга, кандыг-бир чем (блюдо) кылырынга... дээш оон-даа өске. Оон уругнуң сундулуг чүүлүнүн дугайында чугаалажып, ол талазы-биле кылыр, чогаадыр, акша ажылдап ап болур хире бир-ле чүүлдү сүмелеп болур силер. Чок болза уругнуң эң чоок кижизин (таныжы, эжи, чоок төрели дээш оон-даа өске...) билип алгаш, ооң-биле чугаалаштырар органы тып ап болур силер.

- Ол берге үеде уругнуң сагыш-сеткилин чүрээндерден билип, аңаа шын сеткилицерден ажыы-биле дузалаарын кызыдыңар. Силерниң арыг сеткилицерни ол база билип, ынчалдыр харыылап, эригип келир ужурлуг. Ынчангаш бодуңар бичии турар үеңерде ийикпе, азы силерниң билириңер бир бичии уруг-биле болган бир утгундурбас өөредиглиг чүүлдү уругга чугаалап берип болур силер.

- Ол бүгүнү дыңнаан сооңарда, уругну дүвүредип турар чүүлүнүн аайы-биле оон канчалдыр үнүп ап болурунун аргаларын боду-биле база сүмележип көрүңер. Чүгле уругнуң чөпшээрели-биле өске улуг улустарны кириштирип, ол байдалдан үнер органы тыварын кызыдыңар. Бир эвес ол чүгле силерге ажыткан чажыдын, ыдыктыг сеткилин өске улуска чарлавазын дилээн болза, ол сөзүңерни ээлээр ужурлуг силер. Ынчангаш уругнуң боду-биле сүмележип көрүңерем. Ол чорук, бир талазында, уругга база таарымчалыг бооп чадавас: ону улуг кижилер дег көрүп, ооң чугаазын азы сүмезин база дыңнап турар.

- Уруг оожургай бергенде, тыва, орус дылда азы очулдурган делегей литературазында амыдыралдың үнезиниң дугайында бир-ле эпизодту азы болуушкунну чугаалап берип болур. Чижээ: Джек Лондоннуң чечен чугаалары, Виктор Гюгонун «Собор Парижской богоматери», Эрнст Хемингуэйниң «Старик и

море» дээн чижектиг амыдыралдың үнезиниң дугайында чогаалдардан үзүндүнү сагындырып, кады номчуп болур.

- Бодунар кылып шыдавазыңар, күш четпезиңер хире чүүлдү аазаванар.
- Кол-ла чүве – уруг карак чивеш аразында кылып болур частырыындан кандыг чараш келир үеден ырай берип болурун медресеп билип, чуртталганы үнелей бээр кылдыр билиндирери!

Чуртталганың үнезиниң, ужур-утказының дугайында цитаталардан чугаалап берип, уругнуң удавас боду өг-бүлелиг болуп, ажы-төлдүг-даа апаарының дугайында база чугаалажып болгай. Ооң ажы-төлү кайы хире чаптанчыг, чараш бооп болурун база келир чуртталгазында кандыг кижилерге ужуражып, чугаалажып, кандыг черлерге чедип, чүнү көрүп болурундан бээр сагыштап болур.

Бир эвес уруг бодунга хамаарыштыр багай чүвени кылыптар болза, ооң бо чараш, солун, тывызык делегейден чарлып чоруй баарын, ол-ла бүгү долгандыр амыдыралдан ырай берип болурун ажыы-биле чугаалаар болза эки. Бодунуң амы-тынынга четтинери – кижиниң бодунуң шорузу деп чүвени угаадып билиндирер ужурлуг силер.

Оон аңгыда уруг-биле кандыг-бир чүве болур болза, ооң артып калыр ада-иези, кады төрөөннери, чоок улузу канчаарыл, ол улуска кайы хире согуг арттырып каап болурун база ажыы-биле чугаалажыр болза эки. Ынчангаш оларны база кээргеп, ол дээш, хилинчектенип артпазын бодаар кылдыр сургаар болза улам эки.

Буддизмде бодунуң амы-тынынга четтинген улустуң доо оранга баргаш, кайы хире хилинчекке онаажып болурунун дугайында чүүлдерден база чугаалап бээри артык эвес.

2.8. Алгоритм взаимодействия специалистов в оказании помощи детям, подвергшихся насилию для предотвращения суицидов

I этап. По профилактике суицида:

Социально-психологическая служба

(инспектор по защите прав детей, социальный педагог, классный руководитель, психолог, педагоги)

1. Педагогическое просвещение родителей;
2. Предупреждение конфликтов между членами коллектива в среде учащихся, учителей, администрации;
3. Обеспечение социальной и правовой защищенности, забота об учащихся, учителях

Информирование ребят о работе психологов ОУ (указать адрес, Ф.И.О. и часы работы), Службы экстренной психологической помощи «телефон доверия» для подростков и молодежи МОРТ (5-3255);

II этап. Суицидальные тенденции несовершеннолетних

(мысли, намерения, угрозы):

(Руководство ОУ, психолог, педагоги)

1. Устранение конфликтов между членами коллектива в среде учащихся, учителей, администрации
2. Проведение превентивных бесед.
3. Диагностика суицидального поведения

II этап. Суицидальные действия несовершеннолетних

Социально-психологическая служба

(Психолог, врач, классный руководитель, воспитатель, социальный педагог)

1. Интервенция - вмешательство в текущий суицид.
2. Психологическая экспертиза суицида.

III этап. Постсуицидальный кризис

(Психолог, врач, классный руководитель, воспитатель, социальный педагог)

1. Постановка на ВШК, ПМПконсилиум, оценка, контроль, разработка плана действий социально-психологической службы
2. Эмпатическое выслушивание, внушения, манипулирование внешними фактами, фармакотерапия, психологическая поддержка
3. Заключение пакта о несуициде; составление режима дня.

5. Наблюдение, превентивные мероприятия для устранения условий, вызывающих мысли о самоубийстве.
7. Обучение приемам снятия психологического напряжения.
8. Привлечение родителей к реабилитации.

2.9. Алгоритм взаимодействия специалистов в оказании помощи детям с астеническими учащимися для предотвращения суицидов

Медико-психологическая служба школы

(медицинский работник школы, классный руководитель, психолог, педагоги)

1. Санитарно-просветительская работа с родителями
2. Своевременное выявление детей с астеническими состояниями
Направление к участковому педиатру

Участковый педиатр

1. Диагностика состояния здоровья
2. Направление к узким специалистам
3. Контроль за лечением
4. Динамическое наблюдение:

- Церебрастеническое состояние

Регулярное курсовое лечение ноотропными препаратами после консультации невролога.

Классный руководитель: обучение приемам самовоспитания характера

- Соматическая астенизация

Лечение хронического заболевания.

Классный руководитель: психологическая поддержка, обучение самоконтролю

Психолог: копинг - стратегии совладания с заболеванием

- Психогенная астения

Лечение у психиатра или психотерапевта

Семейно-центрированный подход.

2.10. Алгоритм действий классного руководителя по предупреждению суицидов

1. Планирование работы по профилактике правонарушений, безнадзорности, защите прав, пропаганде здорового образа жизни и формированию законопослушного поведения обучающихся по направлениям:
 - Охрана жизни и здоровья, формирование установок на ЗОЖ
 - Формирование позитивных межличностных отношений в классе
 - Работа по воспитанию толерантности и предупреждению агрессивного поведения обучающихся
 - Содействие освоению обучающимися образовательных программ
 - Правовое воспитание
 - Индивидуальная работа с обучающимися «группы риска»
 - Работа с родителями по профилактике правонарушений, безнадзорности обучающихся и защите их прав
2. Выявление случаев раннего неблагополучия детей «группы риска».
3. Подготовка необходимых документов для постановки подростка на ВШУ.
4. Информирование всех лиц, занимающихся профилактической работой по данному факту (зам. директора по УВР, социального педагога, педагога-психолога).
5. Заполнение учетной карты обучающегося, находящегося в социально опасном положении, составление плана индивидуальной воспитательно-профилактической работы, участие в разработке карты индивидуального психолого-педагогического и профилактического сопровождения обучающегося.
6. Вовлечение в досуговую, общественно-полезную деятельность.
7. Осуществление контроля за посещаемостью занятий, успеваемостью обучающегося; по итогам ежедневного оперативного контроля осуществление индивидуальной работы с подростком и информирование родителей.
8. Организация индивидуальной работы с родителями.
9. Проведение рейдов в семью.
10. Анализ социальной адаптации обучающегося, ежемесячное информирование социального педагога, о результатах профилактической работы с подростком. Информирование родителей подростка
11. При необходимости подготовка и направление материала на Совет профилактики правонарушений или внесение вопроса о снятии подростка с ВШУ.

2.11. Алгоритм действий классного руководителя по факту совершения (попытки) подростком суицида

1. Поступление информации от субъектов профилактики о совершении подростком правонарушения.

2. Информирование всех лиц, занимающихся профилактической работой, по данному факту (зам. по УВР, соц. педагога, педагога-психолога и родителей).
3. Сбор информации, характеризующей подростка, его окружение, семью.
4. Подготовка необходимых документов для постановки подростка на ВШУ.
5. Заполнение карты несовершеннолетнего, находящегося в социально опасном положении, карты семьи, находящейся в социально опасном положении.
6. Участие в разработке ИПР и А несовершеннолетнего..
7. Разработка (корректировка) плана работы с классным коллективом по профилактике правонарушений с привлечением всех субъектов профилактики.
8. Разработка (корректировка) плана работы с родителями обучающихся детей.
9. Проведение индивидуальной профилактической работы с подростком.
10. Анализ социальной адаптации обучающегося, ежемесячное информирование зам. директора по УВР о результатах профилактической работы.
11. При необходимости подготовка материала в ТКДН и ЗП и ПДН.

Условные обозначения:

УВР – учебно-воспитательная работа

ТКДН и ЗП – территориальная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав;

ВШУ – внутришкольный учет;

ОШД – открытый школьный доклад;

ОУ - образовательное учреждение;

ИПР и А – индивидуальная программа реабилитации и адаптации

2.12. Индикаторы суицидального риска

В последнее время саморазрушающее поведение становится активной формой протеста детей и подростков против бездушия, безразличия и жестокости

Суицидом ребенок стремится изменить неблагоприятные жизненные обстоятельства: избавиться от невыносимых переживаний, уйти от травмирующих условий, вызвать жалость и сострадание, **обратить на себя внимание!**

Практически все виды аутоагрессии у детей и подростков нужно рассматривать как разновидности суицидального поведения: несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов и ситуаций, приводят к детскому суициду.

Педагогам необходимо формировать суицидальную настороженность и уметь распознавать сигналы суицидального риска:

1. Ситуационные

Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис: смерть одного из родителей, сиблинга, друга, сексуальное насилие, долги, раскаяние за совершенное преступление, предательство, угроза тюремного заключения, физической

расправы, арест, получение тяжелой инвалидности, неизлечимая болезнь и ожидание смерти, развод родителей, конфликты в семье, постоянные переезды, переход в другую школу, систематические избиения, публичное унижение, возложение ответственности по уходу за тяжелобольным взрослым, за маленькими детьми, коллективная травля, одиночество, тоска, усталость, религиозные мотивы, подражание кумиру т.д.

2. Поведенческие

- Злоупотребление ПАВ;
- Эскейп-реакции (ухода из дома);
- Резкое снижение повседневной активности;
- Изолирование себя от семьи и любимых людей;
- Вялость и безразличие. Замкнутость, отказ посещать школу, ОУ;
- Потеря интереса к увлечениям, спорту, работе и школе;
- Несоблюдение правил личной гигиены и ухода за внешностью;
- Чувство вины, упреки в свой адрес, ощущение бесполезности и низкая самооценка;
- Стремление к тому, чтобы все «оставили в покое»;
- Неспособность принимать решения;
- Изменение привычек;
- Частое прослушивание грустной, траурной музыки;
- Приведение дел в порядок;
- Внезапные изменения в поведении, отдаляющие от людей;
- Склонность к рискованным поступкам;
- Посещение врача без причины;
- Нарушение дисциплины;
- Расставание с дорогими вещами;
- Приобретение средств для суицида.

3. Коммуникативные

- Прямые сообщения о суицидальных намерениях «Хочу умереть», «Скоро все закончится» «Я подумываю о самоубийстве», «Было бы лучше умереть», или «Я не хочу больше жить!»;
- Косвенные высказывания, например «Вам не придется, больше обо мне беспокоиться» или «Мне все надоело», или «Они пожалеют, когда я уйду», «Может, когда меня не станет, тогда они будут любить меня?!»;
- Шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- Неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи;
- Уверения о беспомощности и зависимости от других;
- Сообщение о конкретном плане суицида;
- Самообвинения;
- Двойная оценка значимых событий;
- Медленная маловыразительная речь.

4. Когнитивные

- Разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- Негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- Представление о собственной личности, как о ничтожной, не имеющей права жить;
- Представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- Отсутствие планов на будущее;
- Представление о мире как месте потерь и разочарований;
- «Туннельное видение»;
- Наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Следует помнить, что наличие отдельных признаков у ребенка необязательно должно привести к трагедии или попыткам с его стороны совершить опасный шаг. Но в любом случае это – серьезный повод задуматься «Что же не так?»
И организовать своевременную помощь.

2.13. Совершенствование деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения школьников

Подготовка классных руководителей к работе по предупреждению суицидального поведения - важнейшее условие успешности данной работы. Т.к. они играют ведущую роль в организации профилактики. Именно заинтересованность классных руководителей является гарантом того, что работа будет проводиться активно на должном высокопрофессиональном уровне с учетом принципа тактичности. Формализм, выполнение мероприятий без должной подготовки, оказывает на работу по предупреждению суицидального поведения, как и на другую деятельность по работе с детьми «группы риска», резкое негативное влияние.

Задача сегодня повысить уровень вашей мотивации к организации деятельности по предупреждению суицидального поведения старшеклассников, а также уровень профессиональных знаний и умений по организации работы классных руководителей с учащимися, имеющими суицидальное поведение, и их родителями.

Задача школы: Разработать единую стратегию работы классных руководителей в целях совершенствования деятельности по предупреждению суицидального поведения с учетом возможностей и специфики учебных предметов.

Составить единый план работы классных руководителей старших классов школы с учетом работы каждого классного руководителя и возможностями привлечения к работе в данном направлении других специалистов: психологов, медицинских работников, юристов, религиозных деятелей и др.

Создать в общеобразовательных учреждениях оптимальные условия для работы классных руководителей, имеющими суицидальное поведение, и их родителями.

Задача классного руководителя: Составить индивидуальный план работы классного руководителя с этой категорией и их родителями. Создать условия для развития учащихся.

Исходными положениями, на которые мы опирались при организации процесса совершенствования деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения, являются **принципы:**

соблюдения гуманистического характера воспитания;

системности и преемственности в работе; мобильности в выборе форм и средств работы;

взаимного уважения всех субъектов воспитательно-образовательного процесса;

конфиденциальности получаемой информации о старшекласснике, склонного к суицидальному поведению, и о его семье;

принятия и уважения индивидуальных особенностей старшеклассника, склонного к суицидальному поведению, и его родителей;

признания за родителями (совместно с классным руководителем) права на определение стратегии воспитания старшеклассника, склонного к суицидальному поведению, ответственности родителей за его физическое, психическое и интеллектуальное развитие;

соблюдения педагогического такта, неукоснительное соблюдение требования не кричать, не унижать школьника;

соблюдения интересов старшеклассника, склонного к суицидальному поведению, в ходе проводимой воспитательной и предупредительно-профилактической работы;

этнопедагогизации воспитательного процесса; социальной защиты; вариативности; сотрудничества; историзма; обеспечения этической рефлексии старшеклассников.

Совершенствование деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения предусматривает своевременное выявление детей этой категории, проведение с ними определенной профилактической работы и выведение их из состояния суицидального поведения.

В этих целях осуществляется:

- установление социальных партнерских отношений классных руководителей с родителями, администрацией школы, инспекторов по делам несовершеннолетних, медработниками на основе доверительно-делового контакта;

- оптимальная организация работы в данном направлении;

- удовлетворение потребностей классных руководителей в психолого-педагогической и методической поддержке, повышении мастерства через поиск разнообразных форм работы;

- сообщение классным руководителям знаний об особенностях, закономерностях, этапах психического, физического и интеллектуального развития старшеклассника, склонного к суицидальному поведению, основных достижений в области педагогики и психологии;

- формирование у классных руководителей умения конструктивного общения и разрешения конфликтов;

- организация внутриклассного взаимодействия;

- организация консультаций специалистов;
- привлечение старшеклассников, склонных к суицидальному поведению, к организованным формам труда и отдыха;
- методическое обеспечение потребностей классных руководителей в самообразовании в целях повышения профессионального мастерства;
- создание методической базы по вопросам совершенствования деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения старшеклассников;
- проведение мероприятий по обмену опытом в системе методических объединений.

№	Задачи	Мероприятия	Взаимодействие	Сроки
1. Первичная антисуицидальная профилактика				
1.1	Изучение особенностей психолого-педагогического статуса	Включение в программу помощи психолога, социального педагога, педагога дополнительного образования	Замдиректор по ВР Психолог, медицинский работник, соцпедагог и др.	
1.2.	Своевременное реагирование в случае жестокого обращения с ребенком	Ранее выявление детей с жестоким обращением, детей склонных к суициду. Проведение психолого-педагогического консилиума Составление программы индивидуального сопровождения.	Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка	

1.3.	Информирование о службах помощи и ответственных лиц	Скажи телефону доверия «Да» Акция «Информирование шаг к безопасности ребенка» Работа «Ящика доверия»	Совместно с психологом	
1.4.	Профилактика суицида	Месячник психологического здоровья	Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты законных прав и интересов ребенка	15 марта по 15 апреля 10 сентября по 15 октября
1.5.	Составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся. Занятия направлены на формирование полезных привычек, развитие волевых усилий, коммуникабельности, целеустремленности, социальной компетентности, рефлексивности, самоконтроля и самодисциплинированности, социально-психологическая адаптированности, стрессовой толерантности	В рамках классных часов в общеобразовательных учреждениях проводится обучение по программам здоровьесберегающих технологий: «Страна здоровья» (1-4 классы), «Радостное взросление» (5-6-классы), «Толерантность – образ жизни» (7-8 класс) «Обучение здоровому жизненному стилю» (9-10кл). «Внимание экзамен» (11 класс)	Психолог Соцпедагог	

	Организация внеклассной воспитательной работы.	Создание общих школьных программ психического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют, любовь.	Социальный педагог, педагог дополнительного образования	
	Работа с родителями	<p>Родительский лекторий:</p> <p>Обучение родителей навыкам выявления суицидальных угроз.</p> <p>Возрастные психолого-педагогические особенности</p> <p>Наши ошибки в воспитании детей</p> <p>Шаги общения</p> <p>Психологические особенности периода адаптации, формы родительской помощи и поддержки</p> <p>Тревожность и её влияние на развитие личности</p> <p>Трудный возраст или советы родителям</p> <p>Когда уходят дети: проблема детского суицида</p> <p>Особенности детско-родительских отношений как фактор психологического дискомфорта</p>	<p>Психолог</p> <p>Медицинский работник</p>	

		<p>Чем и как увлекаются подростки</p> <p>Куда уходят дети: профилактика безнадзорности и бродяжничества</p> <p>Уголовная ответственность несовершеннолетних</p> <p>Как помочь ребенку справиться с эмоциями</p>		
	Повышение квалификации	<p>Профилактика проф. выгорания</p> <p>Тренинг «Умей оказывать психологическую поддержку»</p> <p>Толерантность как процесс гуманизации пространства детства»</p>	Институты Спец. центры, Методисты ОУ, творческие группы	

3. План работы школьного психолога по предупреждению суицида

Примерный план работы педагога-психолога по предупреждению суицида среди учащихся на 2012-2013 учебный год

*Составитель Полякова В.В., директор
ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал»,
педагог-психолог высшей
квалификационной категории*

**Утверждаю
Директор МОУ СОШ с**

«_____» _____ 2012 г.

Раздел 1. Профилактика суицида

№п/п	Ожидаемый результат	Мероприятия	Контингент	Сроки
1	Диагностика			
1.1.	Своевременное принятие действенных мер в отношении безопасности образовательной среды Совершенствование работы классных руководителей	Мониторинг «Психологической комфортности учащегося»	Учащиеся с 4 по 11 классы	Октябрь Февраль Апрель
1.2.	Раннее выявление учащихся акцентуациями характера, проблемным поведением	Опросник на акцентуацию характера Шмишека	Учащиеся с 12 лет	Сентябрь
1.3.	Раннее выявление учащихся с нервно-психической неустойчивостью Постановка на учет	Опросник и на выявление уровня тревожности авт. Авт.Айзенк	Учащиеся с 12 лет	По запросу
1.4.	Раннее выявление учащихся с социально-психологической дезадаптацией Постановка на учет	Методика «Социально-психологической адаптации» Авт.Рождерс	Группа риска Учащиеся с 14 лет	По запросу
1.5.	Выявление детей с повышенным риском суицидальности и постановка на учет Прогнозирование суицидальной активности	Незаконченные предложения	Группа риска Учащиеся с 12 лет	По запросу
1.6.	Выявление детей с повышенным риском суицидальности и постановка на учет Прогнозирование суицидальной активности	Диагностика на выявление жестокого обращения с ребенком	Группа риска Учащиеся с 12 лет	По запросу
1.7.	Выявление детей с депрессивным уровнем Постановка на учет Прогнозирование суицидальной активности	Методика «Депрессия» авт. Б Авт.Бек	Группа риска Учащиеся с 12 лет	По запросу
1.8.	Выявление детей с астеническим, состоянием Постановка на учет	Методика «Шкала астенического состояния»	Группа риска Учащиеся с 12 лет	По запросу

1.9.	Выявление детей с суицидальной активностью	Методика ММРІ	Группа риска Учащиеся с 14 лет	По запросу
1.10	Выявление детей с суицидальной активностью. Направление к детскому психиатру	Глубокое психологическое исследование	Группа суицидального риска	По необходимости
1.11.	Выявление детей, склонных к парасуицидам	Диагностика агрессивности	Группа суицидального риска	По запросу
2.	Развивающая коррекционная и реабилитационная работа			
2.1.	Психолого-педагогическое просвещение и коррекция системы воспитания Актуализация самовоспитания и саморазвития личности	Психологические классные часы: В поисках хорошего настроения Профилактика курения Как научиться жить без драки Учимся снимать усталость Толерантность Как преодолевать тревогу Способы решения конфликтов с родителями Всегда ли полезны медикаменты Стресс в жизни человека. Управление стрессом «Как сказать Нет!» Мечты сбываются. (Выбор жизненных целей). Грани моего Я Я + он + они = мы Саморегуляция эмоционального состояния «Гендерная культура: ценностно-нормативный аспект»	1 классы 2 классы 3 классы 4 классы 5 классы 6 классы 7 классы 8 классы 8 классы 8-10 классы 9 класс 10 класс 11 класс 11 класс	По запросу
2.2.		Коррекционная игра «Колбочка»	5 классы	
2.3.	Уменьшение количества дезадаптированных мальчиков	Коррекционные занятия по управлению гневом	Мальчики (6 класс), склонные к мстительному, агрессивному поведению	По запросу
2.4.	Своевременная коррекция неадаптивных стилей семейного воспитания, установление позитивных	Тренинг детско-родительских отношений «Радостное взросление»	6- 7 класс	По запросу

	отношений с окружающим миром			
2.5.	Уменьшение количества дезадаптированных девочек	Обида! Способы саморегуляции	7 класс	По запросу
2.6.	Адаптация детей группы риска по здоровью к учебно-воспитательному процессу	Тренинг уверенности «Поверь в себя»	Для тревожных, астенических подростков	По запросу
2.7.	Адаптация детей к социуму	Коррекционно-реабилитационные занятия с неадаптивными детьми	5 класс	По запросу
2.8.	Формирование социальных навыков и навыков здорового образа жизни	Коррекционно-развивающие групповые занятия «Я и мой выбор»	7-9 класс	По запросу
2.9.	Формирование толерантного сознания	Коррекционное занятие «Ты и я – такие разные» - для подростков	5-6 класс	По запросу
2.10.	Формирование конструктивных межличностных отношений	Занятие «Барьеры непонимания»	8 класс	По запросу
2.11.	Уменьшение количества дезадаптированных детей	Коррекционно-реабилитационные занятия с неадаптивными детьми	5 класс	По запросу
2.12.	Формирование установок на здоровый образ жизни, успешность	Диспут для подростков «Успех в жизни»	9-11 классы	По запросу
2.13.	Формирование навыков распознавания и нейтрализации манипуляций	Тренинг «Манипуляция: игры, в которые играют все»	9-10 классы	По запросу
2.14.	Преодоление кризиса идентификации	Цикл занятий для подростков «Я сам строю свою жизнь»	8-10 классы	По запросу
2.15.	Формирование позитивной временной перспективы	Коррекционно-развивающая игра «В чём смысл жизни?»	9-10 классы	По запросу
2.16.	Уменьшение количества дезадаптированных детей	Коррекционно-развивающий тренинг «Внимание экзамен»	9-11 классы	По запросу
2.17.	Уменьшение количества дезадаптированных детей	Психолого-медико-педагогический консилиум «Адаптация к учебно-воспитательному процессу» «Профилактика межличностных		Октябрь Февраль

		конфликтов: школа, семья, ученики, учителя»		
2.18.	Ликвидация суицидальной активности Предотвращение повторного суицида	Коррекционно-реабилитационные занятия «выход ЕСТЬ»	Группа суицидального риска	По запросу
3.	Работа с родителями			
3.1.	Предотвращение детско-родительских конфликтов	Родительский лекторий: Возрастные психолого-педагогические особенности (младший школьник, подросток, старший школьник) Наши ошибки в воспитании детей Шаги общения Психологические особенности периода адаптации, формы родительской помощи и поддержки Тревожность и её влияние на развитие личности Трудный возраст или советы родителям Что такое суицид и как с ним бороться (среднее и старшее звено) Особенности детско-родительских отношений как фактор психологического дискомфорта Чем и как увлекаются подростки Куда уходят дети: профилактика безнадзорности и бродяжничества Уголовная ответственность несовершеннолетних Как помочь ребенку справиться с эмоциями	В течение учебного года	По мере необходимости
3.2.	Обучение родителей навыкам прогнозирования суицидальной активности	Семинар «Типология возрастных психолого-педагогических особенностей детей»	1-11 кл.	По запросу
3.4.	Уменьшение количества дезадаптированных детей	Индивидуальная работа с отдельной семьей или ее членами по вопросам коррекции отношений «ребенок-родители», «ребенок-педагог-родители»	Группа риска	По запросу
3.5.	Выявление и учет	Работа с	1-11 кл.	Постоянно

	детей, которые нуждаются в помощи	несовершеннолетними и их семьями, оказавшимися в сложной жизненной ситуации		
3.6.	Выявление детей, которые нуждаются в психолого-педагогической помощи и дальнейшее сопровождение	Диагностика: Опросник для родителей – диагностика нарушений во взаимоотношениях подростка с родителями и их причин Опросник родительского отношения (А.Варга, В.Столин) и др.	Родители дети, которых нуждаются в психолого-педагогической помощи	В течение учебного года
4.	Работа с педагогическими работниками			
4.1.	Предотвращение конфликтов «ученик-учитель», «родитель-учитель»	Семинар-совещание «О роли психологов в предупреждении суицидов» при директоре	Учителя	Август-сентябрь
4.2.	Предупреждение жесткого обращения в семье, предупреждение конфликтных ситуаций в образовательной среде	КПК по темам «Профилактика жестокого обращения в семье», «Профилактики суицидов в образовательных учреждениях».	Психологи Учителя	По плану
4.3.	Информационно-методическое оснащение педагогов инновационными, действенными технологиями по работе с семьей, обмен опытом	Работа в методическом объединении педагогов, психологов, социальных педагогов	Педагогические работники	По плану
4.4.	Предупреждение синдрома эмоционально-профессионального выгорания, поиск действенных приемов и методик по поднятию мотивации родителей	Профилактика профессионального выгорания	Психологи Учителя	По запросу
4.5.	Своевременное предупреждение неадаптивного поведения, установление позитивных отношений с окружающим миром	Внедрение современных методик (не менее 5) антисуицидальной направленности среди подростков и молодежи в образовательных учреждениях	Психологи	Постоянно
4.6.	Повышение методического уровня по работе с девочками	Участие в Педагогическом совете «Актуальные проблемы состояния здоровья девочек-подростков»	Педагогические работники	Февраль
4.7.	Совершенствование работы педагогического	Разработка алгоритма работы по проблеме превенции суицидов в	Антикризисная команда	Сентябрь

	коллектива, своевременное оказание помощи	образовательных учреждениях Распространение буклетов для детей, подростков и молодежи и их родителей		
4.8.	Формирование приемов, методов поддержки и поощрения	Деловая игра «Педагогические приёмы создания ситуации успеха»	Учителя	По запросу
4.9.	Повышение знаний о симптомах (вербальных, невербальных) суицидального поведения	Семинар «Что такое суицид и как с ним бороться»	Руководители ОУ Учителя	По запросу
4.10	Выявление детей с невротическими расстройствами, а также другими соматическими проблемами и их взаимодействие в современной поддержке семей	Семинар кл. руководителей «Некоторые причины и формы проявления невротических расстройств у современных старшеклассников»	Учителя	По запросу
4.11	Предупреждение конфликтных ситуаций, конструктивное решение конфликтов	Семинар классных руководителей «Профилактика конфликтных ситуаций и работа с ними»	Классные руководители	По запросу
4.12	Формирование навыков разрешения педагогических конфликтов	Семинар-практикум «Методы разрешения педагогических конфликтов»	Учителя предметники	По запросу
4.13	Прогнозирование и предупреждение суицидального поведения среди старшеклассников	Методический семинар «Предупреждение суицидального поведения старшеклассников»	Педагогические работники	Октябрь-март
4.14	Выявление неадаптивных стилей семейного воспитания, установление позитивных отношений с детьми	Диспут «Позитивное и негативное в поведении ребенка: как к этому относиться»	Классные руководители	По запросу

4. Модель суицидальной превенции «Уровни профилактики суицида в образовательной среде»

I уровень – общая профилактика

Цель - повышение групповой сплоченности в школе.

Мероприятия. Создание общих школьных программ психического здоровья, здоровой среды в школе, так чтобы дети чувствовали заботу, уют,

любовь. Организация внеклассной воспитательной работы. Разработка эффективной модели взаимодействия школы и семьи, а также школы и всего сообщества.

Учащиеся, чувствующие, что учителя к ним справедливы, что у них есть близкие люди в школе, ощущающие себя частью школы, гораздо реже думают или пытаются совершить самоубийство.

Задачи педагога:

- Изучение особенностей психолого-педагогического статуса каждого учащегося с целью своевременной профилактики и эффективного решения проблем, возникающих в психическом состоянии, общении, развитии и обучении.

- Создание системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе так и в период трудной жизненной ситуации (составление программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся).

- Привлечение различных государственных органов и общественных объединений для оказания помощи и защиты, законных прав и интересов ребенка.

- Формирование позитивного образа Я, уникальности и неповторимости не только собственной личности, но и других людей.

- Привитие существующих в обществе социальных норм поведения, формирование детского милосердия, развитие ценностных отношений в социуме.

-

II уровень – первичная профилактика

Цель - выделение групп суицидального риска; сопровождение детей, подростков и их семей группы риска с целью предупреждения самоубийств.

Мероприятия

Диагностика суицидального поведения

Задачи педагога:

Выявление детей, нуждающихся в незамедлительной помощи и защите.

Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

Оказание экстренной первой помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.

1. Индивидуальные и групповые занятия по обучению проблем-разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.

Задачи педагога:

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

Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.

2.Классные часы, круглые столы, стендовая информация

Задачи педагога:

- Изучение теоретических аспектов проблемы с позиции различных наук и использование информации в работе с педагогами и родителями.

- Повышение осведомленности персонала, родителей и учащихся о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации.

С педагогами проводится психопросвещение в вопросах дезадаптивного поведения детей и подростков, в том числе суицидального, дается информация о мерах профилактики суицида среди детей и подростков.

Родителей необходимо познакомить с информацией о причинах, факторах, динамике суицидального поведения, снабдить рекомендациями, как заметить надвигающийся суицид, что делать, если у ребенка замечены признаки суицидального поведения.

С детьми о суициде вести беседы необходимо с позиции их помощи товарищу, который оказался в трудной жизненной ситуации. Известно, что подростки в трудной ситуации чаще всего обращаются за помощью и советом к своим друзьям, чем к взрослым. Именно поэтому подростки должны быть осведомлены о том, что суицид это уход, уход от решения проблемы, от наказания и позора, унижения и отчаяния, разочарования и утраты, отвергнутости и потери самоуважения... словом, от всего того, что составляет многообразие жизни, пусть и не в самых радужных ее проявлениях. Прежде чем оказать помощь другу, который собирается совершить суицид, важно располагать основной информацией о суициде и о суицидентах. Особенно важно быть в курсе дезинформации о суициде, которая распространяется гораздо быстрее, чем информация достоверная. Дети должны получить достоверную информацию о суициде, которую необходимо знать для оказания эффективной помощи оказавшемуся в беде другу или знакомому.

3.Разработка плана действий в случае самоубийства, в котором должны быть процедуры действия при выявлении учащегося группы риска, действия при угрозе самоубийства и после самоубийства

Задачи педагога:

Включение созданной системы психолого-педагогической поддержки учащихся разных возрастных групп в воспитательно-образовательном процессе (составленной программы или плана работы по профилактике суицидального поведения учащихся) в общий план действий.

- Определение своей позиции и перечня конкретных действий при выявлении учащегося группы риска, при угрозе учащегося закончить жизнь самоубийством, и после самоубийства.

Шуровень -вторичная профилактика

Цель-Предотвращение самоубийства

Снижение последствий и уменьшение вероятности дальнейших случаев, социальная и психологическая реабилитация суицидентов.

Мероприятия

1.Оценка риска самоубийства

Оценка риска самоубийства происходит по схеме: крайняя (учащийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план), серьезная (есть план, но нет орудия осуществления) и умеренная (вербализация намерения, но нет плана и орудий).

Задачи педагога-психолога:

- Педагог-психолог может взять на себя роль того, кто мог бы отговорить самоубийцу от последнего шага или выступить в роли консультанта того, кто решился вступить в контакт с учащимся, который грозитя покончить жизнь самоубийством, отговорить самоубийцу от последнего шага.

- Психолог входит в состав кризисного штаба по предотвращению самоубийства.

2.Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника?), запрос помощи. Оповещение родителей.

3.Разбор случая со школьным персоналом, который был включен в работу, так чтобы он мог выразить свои чувства, переживания, внести предложения относительно стратегий и плана работы.

Задачи педагога-психолога.

- Собрать близких друзей и дать возможность работы со специалистом в области психического здоровья.

- Друзьям и учащимся должно быть разрешено посещение похорон. Но они не должны нести гроб.

• Будьте готовы сказать «нет» на все просьбы о проведении вечера памяти в честь погибшего учащегося. Это может увеличить возможность эпидемии самоубийств.

Мероприятия

1.Оповещение, возможность проконсультироваться с психологом, внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.

Задачи педагога-психолога Оказание экстренной первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

2.Глубинная психотерапевтическая коррекция, обеспечивающая профилактику образования конфликтно-стрессовых переживаний в дальнейшем

Задачи педагога-психолога

Предложенная модель суицидальной превенции «Уровни профилактики суицида в образовательной среде» требует дальнейшей доработки на уровне конкретного ОУ.

5. Направления работы

5.1. Просвещение

5.1.1. Положение о психологической акции «Жизнь в позитиве»

Утверждаю

Директор РЦПМСС «Сайзырал»

_____ В.В. Полякова

Положение

о психологической акции «Жизнь в позитиве»

1.Общие положения

1.1. Организатор и разработчик акции – Министерство образования и науки РТ, ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал».

1.2. Настоящее положение определяет порядок и регламент проведения акции.

1.3. Акция проходит ежегодно и имеет республиканский масштаб.

1.4. Акция проводится в рамках Всемирного дня предотвращения самоубийств.

2. Цели и задачи

Цель – создание комфортных психологических условий для развития и воспитания учащихся в социально-образовательном пространстве, включая формирование положительных жизнеустойчивых установок, позитивных ориентаций, комплекса личностных качеств, препятствующих осуществлению суицидальных намерений.

Задачи:

1) развитие умений:

- понимать и выражать свои чувства;

- противостоять давлению;

- принимать решения и планировать свое ближайшее будущее и перспективы жизни;

2) развитие психологической гибкости и адаптированности, умения компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности;

3) расширение у детей и подростков социально и личностно приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления имеющихся трудностей, укрепление уверенности в себе;

4) информирование детей и подростков о доступности и своевременности психологической помощи по телефону независимо от социального статуса и места жительства;

5) повышение профессионального уровня педагогических работников по вопросам профилактики суицидов;

6) просветительская работа с родителями по использованию ненасильственных способов воспитания и формированию доверительных детско-родительских отношений.

3.Участники акции

3.1. Участниками акции являются обучающиеся образовательных учреждений, педагоги, родители.

3.2. Возраст и категория участников акции не ограничен.

4. Время и место проведения акции

4.1. Акция проводится ежегодно в рамках Всемирного дня предотвращения самоубийств

4.2. Время проведения - 10 сентября

4.3. Место - образовательные учреждения Республики Тыва (далее - ОУ).

5. Состав, организационная структура и содержание деятельности рабочей группы.

5.1. Для проведения акции создается рабочая группа из педагогических работников ОУ, руководителем группы назначается психолог ОУ.

5.2. Рабочая группа утверждается приказом директора

6.1. Рабочая группа строит работу на принципах уважения и учета интересов участников акции, возрастных и личностных особенностей несовершеннолетних и организует работу с учащимися, родителями и педагогами.

6.2. Рабочая группа подотчетна директору ОУ.

6.3. При подготовке к мероприятиям в рамках данной акции педагогическим работникам, психологам предлагается ознакомиться с методическими рекомендациями по вопросам профилактики суицида.

6.4. Организаторам настоятельно рекомендуется не акцентировать внимание учащихся на теме суицида, а содержание мероприятия наполнить установками любви к жизни, людям, природе, стимулировать развитие мужественных качеств по преодолению трудностей на примере героев нашего времени, ВОВ и др.

6.5. РЦПМСС «Сайзырал» предлагает методические рекомендации, адресованные социальным педагогам, психологам образовательных учреждений (Приложение 1).

6.6. РЦПМСС «Сайзырал» разрабатывает примерную программу проведения акции.

6.7. Рабочая группа совместно с руководителями образовательных учреждений организует проведение акции и поощрение по итогам работы.

6.8. По окончании акции психолог ОУ направляет информацию о проведении акции с указанием количества участников, о содержании мероприятий, предоставляет выводы и предложения на электронный адрес ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал»: [gzpmss @ yandex.ru](mailto:gzpmss@yandex.ru).

Форма отчета о проведенной акции

ОУ	Форма акции	Срок	Возраст	охват

Приложение 2.

6. Содержание акции

Название мероприятия	Время проведения	Участники	Требования
Семинар для педагогических работников по вопросам профилактики суицида (Приложение 1)	5 по 10 сентября	Учителя, социальные педагоги, психологи, мастера, воспитатели	На руки участникам семинара раздать памятки о распознавании суицидального поведения у детей и подростков (Приложение 5)
Конкурс и презентация детских рисунков «Мой любимый семейный праздник» для обучающихся 1-4 классов	До 10 сентября	Обучающиеся 1-4 классов	Организовать просмотр детских работ в коридорах школы
Конкурс и презентация фотографий «Мой самый счастливый день» для обучающихся 5-9 классов		Обучающиеся 5-9 классов	Организовать просмотр детских работ в коридорах школы
Конкурс презентаций и видеофильмов «Жизнь прекрасна: дорожи ей» для обучающихся 10-11 классов (Приложение 3)		Обучающиеся 10-11 классов	Организовать публичный просмотр лучших конкурсных работ «Жизнь прекрасна: дорожи ей»
Оформить информационные стенды о детском телефоне доверия с единым номером 88002000122 (Приложение 4)		Замдиректора по ВР, психологи,	Организовать работу с учащимися по включению единого номера детского телефона доверия в список контактных номеров сотовых телефонов

Родительское собрание (Приложение 2)	10 сентября	Классные руководители, психологи, родители	Формирование установки на предупреждению насилия над детьми
---	-------------	---	---

5.1.2. ПОЛОЖЕНИЕ

о фестивале психологических идей «Я люблю тебя, Жизнь!»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регламентирует статус и порядок фестиваля «Я люблю тебя, Жизнь!».

1.2. Организаторами являются:

- Министерство образования и науки Республики Тыва;
- ГБОУ РЦПМСС «Сайзырал».

1.3. Настоящее Положение определяет требования к участникам, порядок их представления на фестиваль, критерии их отбора и оценки, сроки проведения фестиваля.

1.4. Настоящее Положение действует до завершения конкурсных мероприятий, предусмотренных Организационным комитетом.

2. Цель и задачи фестиваля

2.1. Цель:

Содействие повышению психологического благополучия и развитию позитивного отношения к жизни в детской среде.

2.2. Задачи.

2.2.1. Популяризация идеи позитивного отношения к жизни.

2.2.2. Формирование ответственности за собственное психологическое благополучие и психологическое благополучие окружающих людей.

2.2.3. Создание условий для формирования активной жизненной позиции у школьников.

2.2.4. Содействие повышению психологической культуры учащихся.

3. Проведение фестиваля

3.1. Организуется и проводится выставка методических материалов психологов ОУ.

3.2. Организуется и проводится выставка презентаций: слайд-шоу, видеофотоматериалов о проведении мероприятий в ОУ, направленных на развития психологического благополучия и развития положительного в детской среде.

3.2.1. Демонстрация презентации осуществляется на ноутбуке участника выставки. По итогам презентации открытым голосованием выбирается лучшая работа. Победитель награждается дипломом.

3.3. Проводятся конкурс методических разработок психологов ОУ.

3.3.1. Требования к конкурсным работам.

На конкурс представляются:

- *индивидуальные* работы в соответствии с выбранными номинациями.
- *коллективные работы* в соответствии с выбранными номинациями.

Объем основной работы до 10 листов. Объем приложений до 5 листов. Работы должны быть напечатаны на русском языке. В тексте не допускается сокращение названий, наименований, за исключением общепринятых.

Оформление теста: формат А4, междустрочный интервал – 1, шрифт обычный, Times New Roman размером 14; поля: слева - 2,0 см, справа - 2,0 см, сверху – 2.0 см, снизу – 2,0 см; выравнивание по ширине строки; абзац – отступ (1 см), диаграммы в виде рисунка; нумерация страниц – внизу страницы по центру.

В работе должно быть указаны: название работы, фамилия имя и отчество автора (участника), полное официальное название образовательного учреждения.

3.3.2. Этапы:

1 этап – заочный.

- предоставление работы в электронном виде в оргкомитет конкурса по адресу: г. Кызыл, ул. Колхозная, 56.

Контактный телефон: 8(39422)-4-86-22

Электронная почта: rzpmss@yandex.ru

2 этап – очный.

- организация выставки работ.

3.4. Проводится «Психологическая мозаика»: психологические игры, тренинги для участников совещания.

Информация

Дополнительную информацию о фестивале вы можете получить в РЦПМСС «Сайзырал».

Контактный телефон: 8(39422)-4-86-22

Электронная почта: rzpmss@yandex.ru

5.2. Психологическое консультирование

5.2.1. Алгоритм профессиональных действий в работе с ребенком-суицидентом

1 стадия - помощь в овладении ситуацией.

1. Установление отношений.

2. Структура ситуации.

3. Включение в контекст жизненного пути.

4. Преодоление исключительности.

5. Снятие остроты.

6. Антисуицидальный контракт.
7. Формулировка ситуации.
8. Планирование действий.
9. Завершение беседы.
10. Последующие беседы.

2 стадия - коррекция суицидальных установок.

1. Установление отношений
2. Принятие ситуации
3. Эмпатийное слушание
4. Открытые вопросы
5. Структурирование ситуации
6. Вентиляция чувств
7. Восстановление последовательности событий

1. Беседа

Задача: снять тревогу, напряжение

У ребенка туннельное видение. Вопросы психолога помогают справиться. Необходимо формировать банк данных позитивных ситуаций для решения трудных вопросов.

2. Вербализации чувств

Восстанавливаем чувства ребенка и последовательность событий о том, что было и что происходит. На каком этапе находится ребенок сейчас?

Вопросы: Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что случилось? Что было тогда? Если бы я попросил тебя не причинять себе боль, ты смог бы это сделать? Одновременно, провести диагностику и установить хронологический порядок событий, это дает возможность выхода из сложной ситуации.

3. Включение в контекст жизненного пути

Психолог обращает внимание клиента на взаимосвязь реального состояния и последовательности предшествующих событий. Психолог готовит почву, но не навязывает.

Вопросы:

Есть ли трудности, которые ты испытывал в прошлом? Что помогало тебе справиться с трудностями в прошлом?

От кого тебе удобно получить помощь?

Знают ли твои родители об э этих трудностях? (близкие родственники, друзья).
Методики на суицидальность:

- Линия жизни
- Моя вселенная
- Я-реальное, Я-идеальное

Эти вопросы, дают возможность опыт нахождения с этой ситуацией, с трудной ситуацией в жизни. Это помогает ребенку найти решение конфликтных ситуаций сейчас. Направляют ребенка, что трудности были, и ты их преодолел! Теперь есть трудность. Что поможет тебе, чтобы ты справился с ними (трудностями) в дальнейшем?

Опыт успешности забывается ребенком, а наши вопросы активизируют творческую часть личности, пополняют базу данных его успехов, создают связку с прошлым опытом успешности, силы, возможности опираясь на который происходит активизация позитивных его стратегий. Механизм вербализации чувств, желаний, эмоций. Позитивные решения оживают и помогают справиться с трудной ситуацией. Расширяем видение ребенка, его сознание. У ребенка формируется установка: «Я смогу справиться. И меня еще поддерживает специалист, включают взрослых значимых, которые тоже являются ресурсами».

4. Преодоление исключительности сложности. Ребенок должен понять: «Ему не будет трудно постоянно, это сейчас на этом этапе, на этом отрезке времени. Трудности сменяются выходами из ситуации. У многих людей так происходит. Сначала, кажется, что невозможно справиться с переживаниями, потом решения находятся. Поэтому с болезненными переживаниями надо справиться. Это требует времени и терпения. Эта работа для того, чтобы у ребенка не возникло чувство обесценивания его переживаний.

Можно применить метафоры, сказки: «Ты не один такой». Рассказать сказку, и показать, что герой справился.

Выбрать прием для конкретного ребенка. Например, аналогичный случай ...

Выразить себя через образ, игру и т.д.

5. Снятие остроты ситуации

Выяснить, от чего ребенок хочет уйти, от какой ситуации он хочет избавиться? Знаем, что ребенка что-то спровоцировало, исследуем причину данного проявления ребенка.

6. Антисуицидальный контракт.

Сначала проходим все шаги. Потом заключаем контракт о не суициде.

Планирование конкретных действий ребенка. Первый день выйти во двор, посидеть, шаг навстречу. Часто это депрессивное состояние, он ослаблен, бессилён. Постепенно вводить в социум, расширяя структуру деятельности. Ребенок должен дать обязательство, что он ничего не совершит

Выпускать его от себя не надо, надо, чтобы он поставил подпись свою, Надо в контракте план прописать: Погулял 5, мин, на завтра 7 мин. – это депрессивные расстройства. Чтобы избавиться - надо пролечить ребенка, чтобы вылечиться, надо приложить терпение.

Определить специалиста, который разделит меру ответственности, и выдать телефоны. Ребенок должен почувствовать, что он не один. Этот контракт подписывается в кризисный период нужен . План конкретных дел, чтобы отвлечь ребенка и удержать его в жизни.

Обсудить с ребенком возможные альтернативные пути решения.

7. Формулировка ситуации помогает реалистически принять происходящее. Психолог сам формулирует для ребенка ситуацию того, что происходит. У клиента уменьшается состояние беспомощности и одиночества. Какая бы сложная ситуация не была психолог ее понимает и у ребенка беспомощность уменьшается. Проговаривая проблему, ребенок осознает границы проблемы и осознает ее, бесконтрольный хаос приводит к суициду. Значит, надо переформулировать ситуацию ребенка, чтобы он услышал ситуацию со стороны. И эта ситуация не настолько страшна и найти выход тоже можно.

8. Планирование действий. В первой беседе ребенок не всегда способен планировать и разрешать сам. Детально обговорить действия ребенка. Фиксировать внимание ребенка и структурировать время. Это расширенный контракт. Поступки и действия.

9. Завершение беседы. Напомнить, что через 10-15 мин. закончим беседу ... Напомнить о контакте, чтобы суицидальные реакции предупредить, важно акцентировать внимание на том, что он не одинок. Повторить формулировку ситуации. Спланировать действия ребенка между беседами. Наметить время следующей встречи.

5.2.2. Принципы приема консультирования

1. «Я рядом»;
2. «Встань на одну волну»;
3. «Я и Ты - мы вместе: равноправие»;
4. «Анонимность»;
5. «Конфиденциальность»;
6. «Не давать советы»;
7. «Не подвергать сомнению слова и чувства клиента»;
8. «Вера в человека и его силу»;
9. «Самоопределение клиента»;
10. «Беречь самолюбие клиента – такт»;
11. «Говорить о чувствах клиента»;
12. «Говорить о своих мыслях и чувствах»;
13. «Поощрять эмоции клиента, в том числе и негативные»;
14. «Подтверждать справедливость высказываний (если есть запрос)»;
15. «Ремонтировать только то, что сломано»;
16. «Никто никому ничего не должен»;
17. «Личность и личная жизнь консультанта – табу»;
18. «Не обсуждать проблемы третьих лиц»;
19. Вместо «почему» использовать «зачем»;
20. «Постоянный режим доверия, понимания и принятия»;
21. «Смириться с собственным совершенством: нет перфекционизму»;
22. «Всем помочь нельзя»;
23. «Признать собственный страх: это естественно»;
24. «Главное - быть рядом и слушать его»;
25. «Помнить, что проблемы клиента - что его проблемы»;
26. «Смотреть на свое место в ситуации (в разговоре)»;
27. «Быть гибким, рефлекслирующим»;
28. «Фиксируй свою агрессию, возмущение, недоумение»;
29. «Не терапировать»;
30. «Уважать себя».

5.2.3. Активное слушание - это искусство понимания

Активное слушание - это:

- поддержка (установление контакта с клиентом через принятие и уважение

без оценочных суждений);

- слушание без оценки идей и поступков;
- обобщение и возвращение этого клиенту, добиваясь ясности.

Консультант сосредоточивается на вопросах:

«Что говорящий сказал?»

«Что он чувствует по этому поводу?»

«Насколько эти чувства соответствуют сказанному?»

«Что хочет говорящий, в чем нуждается?»

В результате активного слушания клиент получает:

- а) повышение самооценки;
- б) возрастает эмоциональная зрелость;
- в) расширяется доступ к индивидуальному опыту;
- г) возрастает настойчивость в достижении личных целей;
- д) снижается доля неконструктивных психологических защит;
- е) уменьшается авторитарность;
- ж) повышается готовность услышать других;
- з) общее повышение социальной чувствительности.

При реализации активного слушания необходима соответствующая мотивация консультанта. Без стремления понять конкретного человека здесь и сейчас, невозможно успешное применение приемов активного слушания.

Поэтому консультант должен:

- хотеть понять клиента,
- создавать вокруг себя атмосферу понимания;
- запрашивать информацию и проверять услышанное, чтобы дать знать клиенту, что его понимают.

5.2.4. Пятишаговая модель интервью

Определение стадии	Функции и цели стадии	Культурные и индивидуальные проблемы
--------------------	-----------------------	--------------------------------------

<p>1. <i>Структурирование.</i></p> <p>Взаимопонимание.</p> <p>«Привет!»</p>	<p>Построить прочный союз с клиентом, добиться, чтобы он чувствовал себя психологически комфортно. Структурирование может быть необходимо для объяснения целей интервью. Определённая структура помогает не отвлекаться от главной задачи, а также даёт клиенту информацию о возможностях консультирующего.</p>	<p>С некоторыми личностями или с некоторыми социально-культурными слоями процесс достижения взаимопонимания может стать довольно длительным. Методы раппорта варьируются в зависимости от индивидуальных или культурных особенностей.</p>
<p>2. <i>Сбор информации.</i></p> <p>Выделение проблемы, идентификация потенциальных возможностей клиента.</p> <p>«В чём проблема»</p>	<p>Определить, зачем клиент пришёл на консультацию и как он видит свою проблему. Умелое определение проблемы поможет избежать бесцельного разговора, задаст направление беседе. Необходимо чётко уяснить позитивные возможности клиента.</p>	<p>Не все клиенты воспринимают тщательное вычленение проблемы, типичное для психологов, ориентированных на средний класс. Однако, после того, как цели клиента чётко поняты, следует вернуться к определению проблемы.</p>
<p>3. <i>Желаемый результат.</i> К чему <i>хочет прийти клиент.</i></p> <p>«Чего вы хотите»</p>	<p>Определить идеал клиента. Каким бы он хотел стать? Что произойдёт, когда проблемы будут решены? (Это информирует психолога о том, что именно хочет клиент.) Желаемое направление действий клиента и психолога должно быть разумно согласовано. С некоторыми клиентами необходимо, опустив 2-ю стадию, выделить сначала цели.</p>	<p>Если проблема ясна и конкретна, рекомендации могут быть даны немедленно. Некоторые социально-культурные группы или отдельные индивиды «предпочитают начинать прямо отсюда.</p>
<p>4. <i>Выработка альтернативных решений.</i></p> <p>«Что ещё мы можем сделать по этому поводу?»</p>	<p>Поработать с равными вариантами решения данной проблемы. Это подразумевает творческий характер подхода к данной задаче, поиск альтернатив во избежание ригидности и выбор среди этих альтернатив. Данный этап может включать длительное исследование личностной динамики. Эта фаза интервью может быть самой продолжительной.</p>	<p>Очень важно учитывать индивидуальные и культурные различия при выработке вариантов решений. То, что является «правильным» решением о вашей точке зрения, может оказаться совершенно неприемлемым для другого. С некоторыми группами предпочтителен директивный</p>
<p>5. <i>Обобщение.</i></p> <p><i>Переход от обучения к действию.</i></p> <p>«Вы будете делать это?»</p>	<p>Способствовать изменению мыслей, действий и чувств в повседневной жизни клиента. Многие клиенты после интервью ничего не делают, чтобы изменить своё поведение, оставаясь на своих прежних позициях.</p>	<p>Степень обобщения сильно зависит от того, насколько полно вы учитывали индивидуальные и культурные различия на разных стадиях интервью.</p>

5.2.5. Типичные ошибки диалога

Консультант время от времени может совершать те или иные ошибки активного слушания.

1. Чрезмерно быстрое определение проблемы.

Возникает у консультантов, которые слишком уверены в себе и переносят эту уверенность на знания о чувствах и проблемах клиента. Не следует предвосхищать то, что скажет позвонивший. В начальной стадии диалога клиент должен идти на полшага впереди консультанта, и лишь затем следует поменяться местами.

2. Беседа о проблеме, а не с человеком.

Клиенту нужно дать время не только для изложения чувств или описания ситуации, но и для того, чтобы он почувствовал себя личностью. Истинное диалогическое общение возможно только между уникальными личностями.

3. Неприятие ценностей клиента.

На этом этапе пути возможно возникновение довольно серьезных осложнений из-за того, что ценности клиента могут не соответствовать принципам консультанта, в этом случае легко впасть в осуждение и обвинение. Принятие ценностей абонента «здесь-и-теперь» не означает их безоговорочного одобрения. Такой стиль общения, может быть, приемлем для агрессивных или страдающих наркотической зависимостью.

4. Обсуждение ложной проблемы.

Важно помнить, что проблемы клиента могут состоять не в описываемой ситуации, а в эмоциональном его состоянии.

5. Взгляд сверху.

Следует остерегаться смотреть свысока на чувства или проблемы клиента, не говоря уже о его личности. В случае повторных или манипулятивных обращений иногда возникает соблазн

саркастического отношения, но такое отношение - это всегда взгляд сверху.

6. Чрезмерное отождествление.

Если ситуация клиента оказывается близкой консультанту или не до конца пережитой им,

тогда эмпатическое выслушивание совершает крен в сторону чрезмерного отождествления.

7. Обвинение и экспертиза.

Эти роли неприемлемы для консультанта, т.к. ведут диалог к распаду.

Использование открытых вопросов, применение предположений и «подразумеваний», осторожное использование наречий предотвращают обвиняющие тенденции. Чрезмерная уверенность в себе и в своих знаниях влечет за собой принятие работы.

5.3. Диагностика для выявления суицидального намерения подростков.

На сегодня наука еще не в состоянии точно регистрировать суицидальные намерения, так как психологи не могут охватить вниманием всех подростков и их социальные ситуации дома, в школе, в дружеском общении, провоцирующие суицид. Однако при заблаговременной диагностики внутренней активности суицидальный риск может быть предотвращен и не выйдет в план внешнего поведения. Известны разные методы диагностики.

Проективные тесты (ТАТ, Роршаха, Розенцвейга, пиктограммы и др.) позволяют распознавать неосознаваемые, скрытые тенденции. Процедура тестирования и их обработка требуют много времени и профессионализма от экспериментатора. Здесь следует использовать не одну, а комплекс методик.

Для того, чтобы проверить эффективность проведенной психотерапевтической работы, В. Франкл предлагал пациентам расположить значимые события в прошлом и предлагаемые на прямой, символизирующей жизнь. Отказ человека отметить события будущего считается тревожным признаком.

При диагностике суицидального поведения подростков можно применять комплекс методик, например, опросник Г.Айзенка «Самооценка психических состояний личности» и «Метод незаконченных предложений».

Опросник Г.Айзенка включает описание различных психических состояний, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть. Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

5.3.1.Опросник детской депрессии

Разработанный Maria Kovacs (1992) и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психологии, позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения. Тест представляет собой самооценочную шкалу из 27 пунктов для детей и подростков от 7 до 17 лет

Интерпретация

Шкала А – общее снижение настроения негативная оценка собственной эффективности в целом. Постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности.

Шкала В – индификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание.

Шкала С – высокий уровень убеждения неэффективности в школе.

Шкала Д – высокий уровень истощаемости, наличие чувства базы одиночества

Шкала Е – негативная оценка собственной неэффективности, наличие суицидальных мыслей.

Чтобы узнать общий суммарный показатель все шкалы складываются

Инструкция по проведению опросника

Попросите учащихся записать свое имя, класс, возраст и принять участие в анкетировании по изучению их мнения

Учащимся предлагается внимательно прочитать убеждения (их 27) и выбрать из 3-х предложенных вариантов одно (**как он себя чувствовал в течение последних двух недель**). Отметить крестиком в бланке ответов (0 или 1 или 2)

Убедитесь в том, что дети полностью поняли содержание опросника и инструкцию.

Детям не даётся никаких пояснений по поводу проведения опросника. Если будут спрашивать, то можно сказать, что все старшеклассники принимают участие в анкетировании («интересно знать ваше мнение», «изучают состояние старшеклассников»)

5.3.2. Методика «Незаконченные предложения» (версия Г.С. Банникова)

который относится к методикам дополнения и отчасти к ассоциативным тестам, направлен на выяснение отношения испытуемого к окружающему и некоторых личностных установок. Испытуемый должен продолжить следующие предложения:

1. Завтра я ...
2. Когда я закончу школу ...
3. Наступит день, когда ...
4. Я хочу жить, потому что ...

Дополнительные «неоконченные предложения»:

1. Доминирующая идея

2. Мысль, которая меня постоянно преследует, касается ...
3. Что я для себя решил окончательно, так это ...
4. Через некоторое время ...
5. Впереди меня ждет ...

2. Отношение к жизни

1. В этой жизни ...
2. Жизнь – это ...
3. Жизнь после смерти – это ...
4. Жалко только, что ...

Методика «неоконченные предложения» из опыта центра экстренной психологической помощи МГППУ ФГБУ Московской НИИ психиатрии Минздрав соцразвития для выявления суицидального риска:

1. Когда я вижу собаку ...
2. Когда идет дождь ...
3. Мое настроение ...
4. Я боюсь ...
5. По ночам ...
6. Когда я был маленьким ...
7. Все люди ...
8. Когда я один ...
9. Когда я стану взрослым ...
10. Я не люблю ...
11. Мое здоровье ...
12. У меня нет ...
13. Если бы ...

5.3.3. Тест М. Люшера

Хорошо известно, что воздействие цвета может вызывать у человека как физиологический, так и психологический эффект. Это обстоятельство давно уже учитывается в искусстве, эстетике, гигиене производства. Поскольку эмоциональное отношение к цвету может характеризоваться или предпочтением его (выбором), или безразличием, или отказом от него (негативной оценкой), то оно учитывается и в психодиагностике.

Тест Люшера основан на предположении о том, что выбор цвета отражает нередко направленность испытуемого на определенную деятельность, настроение, функциональное состояние и наиболее устойчивые черты личности.

Тест М. Люшера (сочетание цветов)

Сочетание 1,2,3,4 с 7,0	Патохарактерологическое развитие личности, психопатические черты, ведущие к социальной дезадаптации
5-й цвет на 1-м месте Сочетания 5,2 и 2,5	Дезадаптивное, аффективное поведение
Сочетание 5,2 и 2,5	Черты паранойяльного стиля переживаний, поведения, крайнее упрямство
Сочетание 1,7	Агрессивное поведение, протестные реакции
Сочетание 2,6 и 6,2	Аффективное, взрывчатое поведение
Сочетание 7,4	Экстремальное поведение, дезадаптация, склонность к суицидальному риску
Сочетание 2,7 и 7,2	Негативизм, недоверие
Сочетание 4,3,2; 4,3,7 или 4,3,0	Вспышки поведенческих реакций в стрессовых ситуациях
Сочетание 2,0 и 0,2	конфликтность
Сочетание 5,4	Демонстративное, истероидное поведение
Сочетание 3,5,7; 3,7,5 и 7,5,3	Антисоциальные тенденции поведения

При обработке результатов следует обращать внимание на особенности восприятия подростками окружающего и на наличие или отсутствие у них осознанного стремления к сохранению жизни

При малейшем подозрении о планах на самоубийство необходимо вести очень осторожную, но активную работу с подростком.

5.3.4. Работа с родителями

Работа с семьей является важной составляющей системы профилактики суицида. Она может осуществляться в нескольких формах:

- индивидуальная работа с членами проблемных семей;
- работа с семьей в целом;
- специальные родительские группы;
- работа с массовой родительской аудиторией.

Взаимодействие с семьей ребенка

Первоочередной задачей помощи пострадавшему ребенку является обеспечение его безопасности. Для этого необходимо определить факторы риска со стороны семьи, а именно:

- тип семьи, ее внутренний потенциал;
- готовность действовать в интересах ребенка или других хотя бы одного из родителей.

Общие принципы работы с семьей по профилактике суицида

Принципы могут быть реализованы независимо от того, в какой форме проводится профилактическая работа. Их реализация направлена на повышение возможностей саморазвития семьи и живущих в ней людей.

- 1. Обеспечение приращения нового бытийного опыта членов семьи.*
- 2. Взаимодействие в условиях неопределенности.*
- 3. Ответственность.*
- 4. Открытость и незавершенность работы.*
- 5. Реалистичность ожиданий.*
- 6. Плюрализм форм и методов работы с семьей.*
- 7. Включенность/внезаходимость.*
- 8. Принцип «здесь и теперь».*

Механизмы работы с семьями

Этап 1. Работа с районом:

1. Выявление социальной ситуации в районе.
2. Постановка проблемы.
3. Составление карты «социального риска» района включает в себя сбор информации о семьях, оказавшихся в социально опасном положении, количество семей, их типология.

Этап 2. Комплексная диагностика семьи

1. Выявление готовности семьи к вмешательству извне и в соответствии с ней форм и методов реабилитационной работы:

Дифференциация семей проводится по степени мотивационной готовности семьи к вмешательству

Психологическая готовность	Выжидание	Зависимость	Категорическое неверие
Модель разрешения проблем: - методы, направленные на непосредственное решение проблемы; - материальная и вещевая помощь; - трудоустройство; - содействие в организации отдыха и оздоровления детей.	Метод поиска ресурсов - членам семьи предлагается определить жизненные перспективы семьи после решения проблемы. При этом, первоначально не предлагая никакой помощи.		Методика присоединения/отражения - включает «контракт в тамбуре» (по Шведской технологии)- тесный обмен информацией между семьей (что изменилось - причины, темп) специалистами (формы и виды помощи)

Работа с мотивацией редко фиксируется в документах, однако специалист, имеющий немалый опыт работы, может быть серьезно разочарован, столкнувшись с неприятием семьи, с тем, что приходится принуждать людей принять эту помощь. Однако, при этом отмечается, что сверхмотивированные специалисты также могут нанести вред при работе с социальной проблемой.

При работе с мотивацией важно не торопиться с выбором форм и методов работы, ускоренным оказанием помощи, которая может скорее снизить мотивацию, чем способствовать ее укреплению. Поэтому положительный

опыт утверждает то, что любой человек свободнее чувствует себя в непринужденной беседе со специалистом, в свободном общении. Тогда клиент из любой категории населения считает, что «сам контролирует ситуацию» и никто не будет на него оказывать давления против его воли. Наличие такого типа контроля, как правило, очень важно для людей, имеющих негативный жизненный опыт и опыт общения со специалистами социальных служб.

Если члены семьи не настроены активно помогать специалистам, то в практике социальной работы определено 5 уровней работы:

1. **Низший уровень** – просто встреча, общение, проведение времени вместе (например, детей в приюте и их родителей, работников приюта и родителей). Параллельно может проводиться первичная беседа с «неблагополучными» членами семьи, выявление мотивации.
2. **Контракт об информации.** Члены семьи могут рассказать, как изменилась обстановка, а специалисты объяснить последствия и предложить помощь.
3. **Исследование** – мы заключаем контракт об исследовании, диагностике семьи, одновременно собирая информацию о ее социальном окружении. Этот уровень более сложный, так как требует внутренней информации о семье, и здесь необходимо согласие родителей, позитивная мотивация на вмешательство специалиста.
4. **Сотрудничество** – четко проговаривается и объясняется, что будет делать специалист, что – родители, что – дети, как ведут себя «проблемные» члены семьи.
5. **Семейная терапия** – психолог анализирует основные компоненты проблемы и результаты диагностики определяются как основа работы смежных специалистов (социального работника, юриста, социального педагога).

Модель разрешения проблем может осуществляться по следующей схеме:

Имя клиента	Сегодняшняя (актуальная) ситуация	Препятствия	Ресурсы	Желаемая ситуация (то же, что и цель)
	Каково Вам сейчас? Что причинят Вам неудобства? Как вы себя чувствуете?	Что мешает изменить ситуацию? (прописываются все помехи)	Каких ресурсов Вам не хватает, чтобы изменить ситуацию? Какие ресурсы уже имеются?	Какой Вы хотите видеть свою ситуацию после решения проблемы?

Цель должна быть сформулирована в положительно ключе, следует избегать слов «нет», «нельзя» «прекратить». Желательно употреблять «надо», «будет».

Этап 3. Оценка эффективности работы.

Анализ эффективности работы необходимо проводить вместе с клиентами, т.к. разрешение кризисной ситуации необходимо, прежде всего, семье, именно члены семьи оценивают насколько помогли им специалисты.

Критерии выявления эффективности:

1. Соответствие поставленной задаче.
2. Стабильность положительной динамики.
3. Возможность прогнозирования положительного развития ситуации.

В случае высокой мотивации членов семьи, установки на помощь технологию работы с семьей «потенциальной группы риска» необходимо строить по следующим этапам:

Очень важно, работая с семьей, не только определить и исследовать ее внутренние взаимоотношения, но также и систему контактов, окружение семьи.

При успешно организованном сотрудничестве с психологом (социальным педагогом) у клиентов из неблагополучных семей появляется стремление к позитивным изменениям. Они начинают планировать и предпринимать действия, направленные на решение проблем. Однако для

этого им приходится сотрудничать со многими людьми: членами семьи, родственниками, специалистами социальных служб и т.д., которые зачастую не готовы оказать поддержку клиентам. Сплотить и мобилизовать социальное окружение клиента для его поддержки. Когда ребенок попадает в приют, забота о нем практически полностью перекладывается на плечи государства, ответственность родителей уменьшается и они, автоматически, удаляется от ребенка, резко изменяется социальное окружение ребенка и могут ослабевать связи со значимыми людьми из прежнего круга общения. Задача специалистов: не допустить самоустранения родителей и ослабления связей ребенка с внешним миром, а укрепить детско-родительские отношения и создать устойчивую сеть социальной поддержки для ребенка и его семьи.

Для эффективной организации работы с семьей, находящейся в кризисной ситуации необходимо отметить специфику развития проблемы, ее структуры и этапов.

Организация работы с семьями в случаях нарушения детско-родительских отношений

Изучается многопараметровая система функционирования семьи, охватывающая те области, которые имеют отношение к успешному физическому, эмоциональному и психическому развитию членов семьи:

- отсутствие привязанности или сильное искажение связей такого рода;
- серьезное отклонение в восприятии семьи как надежной базы, на основе которой дети могут уверенно приобретать новый опыт;
- отсутствие или сильное искажение родительских моделей, которые ребенок имитирует (сознательно или бессознательно) и на которых формируется идентификация;
- наличие дисфункциональных стилей борьбы со стрессом (например, неадекватная агрессивность или постоянный возврат в болезненное состояние);
- отсутствие взаимодействия или сильное нарушение процесса взаимодействия между родителями;
- отсутствие необходимого или соответствующего возрасту жизненного опыта (питание, теплота, игра,

беседа, взаимодействия, необходимые для развития социальных навыков);

- отсутствие или избыток дисциплинарных методов;

- отсутствие или искажение системы взаимодействия внутри семьи, между семьей и внешним миром.

Л. В. Ясная использует разработанную американскими исследователями, так называемую, экосистемную модель для анализа семьи, ее окружения и источников ее ресурсов.

Экосистемная модель функционирования семьи основывается на следующих положениях:

1. Любое изменение в потоке энергии, информации и других ресурсов, поступающих в семью, требует адаптивных изменений.

2. Запасы человеческой энергии – физической и психической – ограничены.

3. Если поведение отдельных членов семьи порождает стресс (стрессовую ситуацию), то требуется дополнительная энергия от других членов семьи или из внешних источников, причем в последнем случае нужна дополнительная энергия для получения внешней поддержки.

4. Повышенная потребность в энергии создает "утечку энергии", при которой становится невозможным адаптационное, творческое поведение, что ведет к еще большим стрессам в семье.

Влияние родителей имеет большое значение для ребенка и потому, что является источником накопления необходимого социального опыта. Навыки социального общения и поведения так же, как и любые другие навыки, требуют обучения. Опыт общения с другими детьми определяет, насколько легко впоследствии ребенок сможет заводить друзей. Дети, которые прошли через многие, самые разнообразные ситуации и научились справляться с проблемами общения, радоваться разносторонним социальным контактам, смогут адаптироваться в новой обстановке лучше других и, вероятно, будут позитивно реагировать на происходящие вокруг них перемены.

Семья выступает как модель поведения и межличностных отношений. Роль родительского поведения как модели для подражания важна не только в процессе приобретения привычек. Способ преодоления стресса, поведение в стереотипных ситуациях также определяется исходя из знакомой ребенку линии поведения родителей.

Родителей трудных детей отличает от других родителей то, что они плохо понимают, когда и как им следует вмешаться, редко хвалят за хорошее поведение. При этом на плохое поведение часто реагируют ошибочно и непоследовательно и уделяют такому поведению ребенка слишком много внимания. Физические наказания, как правило, доминируют в этих семьях.

Принуждение и насилие — это воздействие на человека, имеющее целью разрешение интер- или интраперсональных конфликтов с помощью силы. Эта сила может проявляться в форме физического, психологического или интеллектуального насилия.

Действия взрослых по отношению к детям, которые мировой наукой и общественностью рассматриваются как насилие над ребенком:

- взрослый бьет или ругает ребенка, потому что у него возникли собственные проблемы;
- взрослый оставил без присмотра маленького ребенка;
- взрослый не выслушал ребенка;
- ребенку не обеспечена реализация физических потребностей (в еде, одежде, чистоте, медицинском обслуживании...);
- ребенок лишен возможностей реализации духовных потребностей (в образовании, в книгах...);
- над ребенком издеваются, оскорбляют и унижают его;
- ребенком манипулируют для решения собственных проблем, получения выгоды;
- ребенку прививают вредные привычки, знакомят со сторонами жизни, о которых ему знать рано (алкоголь, наркотики, курение, порнография...).

Характер семейных взаимоотношений можно определить с помощью циркулярной модели Олсона, включающей две оси: сплоченность - эмоциональное принятие членами семьи друг друга и гибкость - возможность изменения в семейном руководстве, в семейных ролях и правилах, регулирующих взаимоотношения. Данные параметры задают тип семейной структуры.

В структуре родительско-детских отношений необходимо выделить установку родителей, т.е. систему или совокупность родительского

эмоционального отношения к ребенку, восприятия ими ребенка родителем и способов поведения с ним.

Конкретной социально-психологической формой организации жизнедеятельности семьи является структура ролей в ней. Под ролью в психологии чаще всего понимается "нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе общественных межличностных отношений". Кроме поведения, в понятие "роль" включаются также желания и цели, убеждения и чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются от человека или приписываются ему.

Выработка социально-ролевой структуры имеет две основные цели:

1. Воспитание качеств, необходимых для жизни в семье, то есть усвоение форм внутрисемейных отношений, норм поведения, значимых для семьи ценностных ориентаций и мотивов деятельности.
2. Воспитание качеств, необходимых для социализации вне семьи, ориентации индивида на существующие в данном обществе стандарты профессиональной деятельности, нравы и традиции.

В здоровой семейной структуре устанавливается подвижное равновесие, проявляющееся в оформлении психологических ролей каждого ее члена, формировании семейного "Мы", способности членов семьи самостоятельно решать противоречия и конфликты. Семейное воспитание детей - это результат совместной деятельности родителей и всех взрослых членов семьи. Разумеется, совместное воспитание предполагает различия в воздействии отца и матери. Отец и мать обычно дополняют влияние друг друга, но могут и подрывать. При нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, что в итоге может стать одним из источников формирования наркомании.

Негативный характер супружеских отношений, выражающийся в конфликтном взаимодействии между супругами, называется дисгармонией, дестабилизацией семейной структуры. Семейный конфликт представляет собой сложное явление. Причинами его, с одной стороны, являются нарушения в системе взаимоотношений - их ригидность, конкурентный характер, формальность, неравенство, с другой - искажения в личных установках, ролевых ожиданиях, способах перцепции (восприятия).

В дисгармоничных семьях равновесие во взаимоотношениях

используется только для того, чтобы избежать изменения, развития и появления связанных с этим возможных тревог и потерь. Равновесие престаёт быть формой адаптации семьи к задачам оптимального выполнения внешних и внутренних функций. Семейные узы оказываются лишь способом сохранения некоторого равновесия, на деле препятствующего развитию личности членов семьи и их взаимоотношений.

Негативные, "невротические" типы взаимоотношений между членами семьи при всем их многообразии условно сгруппированы Т.М. Мишиной в три основных: соперничество, псевдосотрудничество и изоляция. Критериями выделения этих типов являются: наличие или отсутствие соглашения пары в отношении норм поведения, формальный или неформальный характер этого соглашения. Типы взаимодействия можно определить по соотношениям следующих характеристик:

- мотивационные структуры, составляющие содержательную основу противоречия в совместной деятельности супругов;
- способы компенсации, позволяющие паре устойчиво существовать, несмотря на наличие этого противоречия;
- обстоятельства, вызывающие декомпенсацию (кризис) и создающие неустойчивость, обостряющиеся в конфликтных ситуациях;
- способы выхода из конфликтной ситуации и их отношения к мотивационной структуре данной супружеской пары.

СОПЕРНИЧЕСТВО. Структура отношений носит противоречивый, дружелюбно-враждебный характер. Оба партнера характеризуются незрелостью семейной роли и оказываются не в состоянии принять на себя ответственность за поведение супружеской пары как целого. Конфликты могут быть представлены как противоречия, главным образом, в сферах заботы и опеки, а также эмоционального принятия, когда сталкиваются значимые потребности партнеров. Одной из сфер, где проявления соперничества супругов наиболее опасны своими последствиями, является воспитание детей. Оно заключается в рассогласованности воспитательных позиций, требований по отношению к ребенку.

ПСЕВДОСОТРУДНИЧЕСТВО. С внешней стороны, отношения этого типа выглядят согласованными, с элементами преувеличенной заботы друг о друге. Поводы к возникновению конфликтов в семье лежат за ее пределами и связаны с индивидуальными трудностями и неудачами, которые касаются,

как правило, работы или общения с другими людьми. Проявления псевдосотрудничества супругов в сфере воспитания детей также опасны своими последствиями, так как в зависимости от внешних обстоятельств воспитательные позиции у родителей постоянно видоизменяются.

ИЗОЛЯЦИЯ. Супруги эмоционально обособлены и не заинтересованы друг в друге. Если такой характер взаимоотношений проявляется и в воспитательной сфере, то ребенок ощущает себя ненужным, отвергнутым и нелюбимым, что, в свою очередь, может способствовать формированию у него внутрличностных и поведенческих отклонений.

Важнейшими проявлениями неблагополучия в семье являются семейные конфликты. Т.М. Мишина определяет семейные конфликты как обострение интерперсональных отношений в семейной группе, когда позиции, отношения, цели сторон становятся несовместимыми, взаимоисключающими, либо воспринимаются таковыми.

Анализируя происхождение семейных конфликтов, Захаров А.И. выделяет неблагоприятные черты личности матерей, которые, по его мнению, обладают более выраженными невротическими изменениями по сравнению с отцами:

- сензитивность - повышенная чувствительность, склонность все принимать близко к сердцу, легко расстраиваться и волноваться;
- аффективность - эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения;
- тревожность - склонность к беспокойству, недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний либо противоречивость личности в целом, обусловленная трудно совместимым сочетанием двух предшествующих характеристик;
- доминантность - стремление играть значимую роль;
- эгоцентричность - фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости мышления;
- гиперсоциальность - повышенная принципиальность, утрированное чувство долга.

В результате длительного конфликта у членов семьи снижается социальная и психологическая адаптация, теряется способность к совместной деятельности (несогласованность в вопросах воспитания детей). Уровень

психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию и, в конце концов, может привести к формированию наркотической зависимости у подростка.

Представители гуманистического направления в психологии рассматривают нарушение супружеских отношений как недостаток удовлетворения потребности в эмоциональных отношениях. Они делают попытки анализа семьи в целом, проводя аналогию со структурой невротической личности, используя категорию защитных механизмов в семье.

Для того, чтобы предотвратить осознание негативных аспектов жизни, на уровне семейной системы формируются защитные механизмы (семейные мифы, иррациональные убеждения и т.д.). Защитные механизмы основаны на расщеплении: если у супругов дисгармонии сходны, то причины отвергаемых аспектов семейной жизни обнаруживаются вне дома. Если дисгармонии различны, каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге или ребенке те качества, которые соответствуют его собственным подавленным тенденциям. Существование таких семейных защитных механизмов приводит к тому, что даже явные признаки наркотизации ребенка остаются очень долго "не замеченными" родителями.

Без проблем и конфликтов ни в одной семье обойтись невозможно. Зачастую даже «умные и мудрые» взрослые не знают, как поступить в той или иной ситуации, как разрешить конфликт. Предлагаем Вам побыть психологами и разобраться в алгоритме разрешения конфликта. Эта несложная формула очень результативна и помогает не только решать конфликты, но и корректировать поведение так, чтобы их предотвратить.

6. Сопровождение

6.1. Психолого-медико-педагогический консилиум как эффективная технология в сопровождении учащихся группы риска

В разные времена под разными углами зрения рассматривался вопрос изучения учащихся. К.Д. Ушинский писал, что если педагогика хочет воспитывать человека во всех отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях. Большое внимание к изучению детей мы видим в трудах педагогов-психологов А.Л.Лазурского, П.Ф. Лесгафта, которые

разрабатывали методы изучения детей, давали рекомендации по их применению. П.П.Блонский раскрывал особенности возраста и представил рекомендации по каждому из периодов на основе детального изучения детей. В.А.Сухомлинский утверждал, что знать ребенка- это та самая главная точка, где соприкасаются теория и практика педагогики.

Первоначальное значение слова «консилиум» - совещание врачей для определения тяжелого заболевания и изыскание способов его лечения. «Как врач исследует множество факторов, от которых зависит здоровье человека, так и педагог должен исследовать духовный мир ребенка, - пишет В.А.Сухомлинский. – Наше общение с ним лишь тогда является воспитанием, когда в наших руках научные знания о его личности, когда мы основываемся не на случайных удачах, а на научном анализе. Семинар, посвященный ребенку - совместная работа директора, завуча, учителей». В течение многих лет В.А.Сухомлинский наблюдал на уроках за одними и теми же школьниками, начиная с 1 класса до окончания школы, с целью: определить условия, наиболее благоприятные для развития умственных сил и способностей ребенка. Почему один ученик быстро понимает, запоминает, буквально схватывает материал, а другому все это непосильно? О таких учениках они специально говорили на занятиях психолого- педагогического семинара. На примере психологического семинара В.А.Сухомлинского во многих школах СССР была организована работа с детьми (Например, в ряде школ Тирасполя Молдавской ССР, под организацией Натанзон Э.Ш.).

Психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) – это форма работы, в рамках которой происходит разработка и планирование психолого-педагогического сопровождения учащегося, определенных ученических групп и параллелей.

Изначально использование такой формы работы как ПМПк в образовательном учреждении было направлено на оптимизацию педагогического процесса с учетом реальных учебных возможностей учащихся, мер индивидуального подхода к ним. В настоящее время значимость использования такой формы работы вышла за пределы решения лишь только проблем, связанных с трудностями в обучении детей. В условиях роста количества детей с девиантным поведением и необходимости оказания им комплексной помощи ПМПк приобретает новое значение.

ПМПк рассматривается как метод изучения проблемы и поисков ее решения. Это эффективный метод совместного поиска оптимального решения проблем трудного ребенка и реализации комплексного подхода в его сопровождении. В рамках ПМПк организуется единая психолого-медико-педагогическая стратегия сопровождения ребенка с учетом его индивидуально личностных особенностей.

Психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка- это сложный вид деятельности специалистов разных профилей. Залог его успеха - в их профессиональном взаимодействии. Взаимодействие специалистов – сознательно организованный и управляемый процесс, который развивается благодаря усилиям руководителя учреждения и всего коллектива. Организационной формой этого процесса является ПМПк, работа которого позволяет организовывать, координировать и контролировать процесс индивидуального сопровождения.

Система взаимодействия специалистов ПМПк базируется:

- на взаимопонимании специалистов;
- на единстве целей;
- на обсуждении, принятии решений.

Основные задачи ПМПк

1. Определение состояния развития ребенка на данный момент на основе обмена результатами профильного исследования в соответствии с профилем причин, затруднений. Определение потенциала ребенка, его ресурсного состояния.
2. Формирование согласованной картины актуальной ситуации развития ребенка (целостный подход с выделением преобладающих задач).
3. Выявление причин нарушений.
4. Разработка индивидуального плана сопровождения.

В общем, задачи можно подразделить следующим образом:

- Выделить проблему
- Понять причины
- Наметить задачи, программу действий, методы воспитания и прогнозирования личностного развития ребенка
- Распределение ответственности

Функции ПМПк

Диагностическая:

- распознавание причин и характера отклонений в поведении ребенка;
- изучение социальной ситуации развития ребенка, его положение в коллективе;
- определение потенциальных возможностей и способностей ребенка.

Реабилитационная:

- защита интересов ребенка, попавшего в неблагоприятные учебно-воспитательные или семейные условия;
- выявление и выработка мер по развитию потенциальных возможностей ребенка;
- выбор наиболее оптимальных форм обучения, коррекционного воздействия;
- выработка рекомендаций по медицинской реабилитации ребенка, если в этом есть необходимость;
- семейная реабилитация: повышение статуса ребенка в глазах родителей, повышение его ценности как члена семьи ; выработка рекомендаций для эффективных занятий с ребенком, развития его потенциальных возможностей методами семейного воспитания, запрещение или предупреждение методов психического или физического воздействия на ребенка.

Воспитательная:

- разработка стратегии педагогического воздействия на ребенка «группы риска»;
- интеграция воспитательных воздействий педагогического коллектива, родителей и сверстников на ученика.

Типы консилиумов

1. Первичный. Цели: определение особенностей развития ребенка, определение актуальных задач коррекционно-развивающей работы. Проводится после первичного обследования всеми специалистами.
2. Плановый. Цели: оценка динамики развития ребенка, внесение изменений (при необходимости) в процесс коррекционно-развивающей работы. Назначение дополнительных обследований.
3. Внеплановый. Цель: выявление причин, возникших проблем и возможностей их преодоления.
Консилиумы могут проводиться по запросу любого специалиста, родителей. Могут созываться в любом случае, если возникают трудности, с которыми кто-либо из специалистов не может справиться.
4. Заключительный. Цели: оценка динамики изменений, эффективности коррекционной работы.

Состав ПМПк

1. Постоянный состав (руководитель ПМПк, психолог, классный руководитель, социальный педагог, врач-педиатр или фельдшер). У каждого есть своя программа изучения ребенка, свой набор методик, методов, диагностических комплексов, свое понимание одной из составных частей целостной картины развития.
2. Дополнительный или переменный состав (при необходимости приглашаются другие специалисты: педагоги-предметники, юрист, инспектор по делам несовершеннолетних, возможно приглашение специалистов других ведомств). В случае необходимости могут приглашаться ребенок, родители.

Ведущие функции специалистов ПМПк

Врач- изучение анамнеза. Выявление заболевания как возможной причины отклонений в адаптации. Медицинская помощь.

Педагог- решение образовательно-развивающих задач на основе диагностики учебно-познавательных и личностных свойств. Изучение и коррекция социометрического статуса в классе.

Социальный педагог- координация усилий субъектов образовательного процесса по созданию условий адаптации ребенка.

Психолог- диагностика и коррекция уровня развития психических функций, личностных особенностей ребенка, эмоционально-волевой сферы, сферы межличностного взаимодействия.

Руководитель ПМПк- организация проведения ПМПк. Коррекция социальной адаптации ребенка и взаимодействие с семьей.

Основные этапы функционирования ПМПк

1. Работа с документацией (диагностический минимум).
2. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка по методикам различными специалистами (углубленная психодиагностика).
3. Разработка стратегии сопровождения ребенка, индивидуального плана реабилитации.
4. Отслеживание динамики развития детей. Ход консилиума

В первую очередь выступает председатель консилиума, объясняет цели и задачи, представляет рассматриваемого ребенка, его нарушения.

Затем, предоставляется слово классному руководителю, который дает характеристику обсуждаемому ребенку. Все участники консилиума имеют право задавать вопросы как классному руководителю, так и любым присутствующим. За классным руководителем дает характеристику ребенку и особенностей среды, в которой воспитывается ребенок, социальный педагог. Затем предоставляется слово врачу, который представляет особенности развития ребенка с момента рождения. Если присутствуют ребенок и родители, обязательно предоставляют слово им. Выступления и все материалы исследования обобщает педагог-психолог. В выступлении психолога выстраивается также перспектива дальнейшей работы с ребенком, которая базируется на диагностике и предыстории предыдущего развития его личности и направлена на создание наиболее благоприятных условий для положительного педагогического стимулирования. Затем, на основе анализа причин нарушений совместно разрабатывается план необходимых мероприятий. Кроме того, обязательно обсуждается то, что было сделано ранее с целью разрешения данной проблемы, какие меры уже принимались и их эффективность. Определяется степень ответственности каждого специалиста, сроки исполнения. Контроль за осуществление намеченных мероприятий осуществляется председателем консилиума. Назначается дата следующего рассмотрения по результатам проделанной работы.

Обсуждение начинается с наиболее проблемной информации. Выше описанная последовательность необязательна, так как изложение наиболее проблемной ситуации может начинаться тем специалистом, в области которого она находится. Если все участники консилиума относят данного учащегося к числу наиболее проблемных, правильнее начать обсуждение с педагога.

Заседание ПМПк оформляется протоколом.

Документация ПМПк

1. Положение о ПМПк (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1).
2. План проведения ПМПк (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2).
3. Журнал ПМПк (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 3).
4. Документация специалистов:
 - представление психолога на консилиум включает: описание особенностей интеллектуальной, эмоционально-волевой, мотивационной, личностной, межличностной сфер ребенка и др. (при

- необходимости). Прилагается заключение психолога по результатам психологического обследования;
 - характеристика классного руководителя включает: общие впечатления о ребенке; общую оценку учебных навыков; эмоционально-поведенческие особенности, самочувствие; трудности испытываемые ребенком в различных ситуациях;
 - жалобы; ресурсное состояние ребенка, его способности; информацию об участии в мероприятиях ОУ, класса; характер взаимоотношений с педагогами, учащимися;
 - показатели поведения и общения в ходе учебной деятельности; социометрический статус (по результатам проведения методики «Социометрия») и др.
- Классному руководителю в характеристике необходимо отметить время возникновения проблемы и меры предпринятые до обращения на ПМПк и их эффективность;
- характеристика социального педагога включает: сведения о семье и условиях жизни ребенка; материальных условиях; организацию досуга ребенка; особенности поведения и др. социальную информацию о ребенке;
 - медицинский работник предоставляет информацию: выписку из медицинской карты, результаты медицинского осмотра. При необходимости получения дополнительной информации о ребенке врач или фельдшер ОУ направляет запрос в детскую поликлинику по месту жительства.
5. Протокол ПМПк (см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4). Заполняется в свободной форме и включает в себя: ФИО ребенка, адрес, телефон, дата рождения, класс, краткая информация о родителях, причины обращения на ПМПк, жалобы специалистов, родителей, документы представленные на ПМПк специалистами, заключение консилиума (с анализом причин нарушений), ресурсное состояние ребенка и зона особого внимания,

6. рекомендации. В протокол включается составленный специалистами индивидуальный план коррекционно-реабилитационной работы с распределением ответственных лиц. План обязательно должен иметься в наличии у каждого из ответственных.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

О ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ КОНСИЛИУМЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Психолого-медико-педагогический Консилиум (в дальнейшем Консилиум) является консультативно-диагностическим структурным подразделением образовательного учреждения, преследующим главную **цель**: создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные условия для образования и развития детей и подростков группы социального и педагогического «риска», с проблемами обучения и поведения, в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, уровнем актуального развития, состоянием физического и нервно-психического здоровья, с учетом многообразия образовательно-воспитательных форм обучения и коррекции в условиях местного социума.

1.2. Консилиум является основным структурным подразделением психолого-педагогической службы образовательного учреждения (ДОУ, школы, УВК, ПТУ).

1.3. Порядок учреждения, реорганизации, закрытия, условия материально-технического обеспечения Консилиума, а также контроля за его работой определяется приказом директора (заведующей) образовательного учреждения.

1.4. Консилиум в своей деятельности руководствуется Конвенцией ООН о правах ребенка, действующим законодательством РФ, законом РФ "Об образовании" и настоящим Примерным Положением.

1.5. Основные направления деятельности Консилиума:

- Выработка рекомендаций по основным направлениям работы с детьми и подростками образовательного учреждения.
- Формирование у работников образовательных учреждений способности к адекватной оценке педагогических явлений в целом и социально-педагогических проблем детей и подростков.
- Консультативная помощь семье в вопросах коррекционно-развивающего воспитания и обучения.
- Социально-педагогическая поддержка ребенка в случае неблагоприятных условий его жизни, при психотравмирующих обстоятельствах: жестокое обращение с детьми, заброшенность, антипедагогические и антисоциальные воздействия среды и т.д.

- Консилиум решает задачи динамического наблюдения за ребенком в отдельном образовательном учреждении и оказания ему психолого-медико-педагогической помощи.

2. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ КОНСИЛИУМА

- 2.1. Проведение первичного, возможно более раннего, психолого-медико-педагогического обследования детей и подростков, выявление особенностей их развития и поведения, определение адекватных условий их обучения и воспитания.
- 2.2. Составление психолого-медико-педагогических рекомендаций к индивидуальному плану развития, обучения и воспитания.
- 2.3. Консультативная помощь родителям, опекунам, попечителям.
- 2.4. Консультирование (в пределах своей компетенции) педагогов, психологов, социальных работников и социальных педагогов образовательного учреждения и других работников территориальной социальной сферы по вопросам, связанным со специальными образовательными потребностями и поведенческими особенностями детей, их правами и обязанностями их родителей, опекунов, попечителей.
- 2.5. Выявление потенциальных возможностей и творческих способностей ребенка, разработка рекомендаций воспитателю/учителю/мастеру для обеспечения индивидуального подхода в процессе обучения и воспитания.
- 2.6. Выбор дифференцированных социально-педагогических условий, необходимых для коррекции недостатков развития и поведения и для организации коррекционно-развивающего процесса.
- 2.7. Определение путей интеграции проблемных детей в соответствующие группы/классы, работающие по основным образовательным программам.
- 2.8. Методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса, включающего активизацию познавательной деятельности детей, повышение уровня их умственного и речевого развития, нормализацию учебной деятельности, коррекцию недостатков эмоционально-личностного развития и поведения.
- 2.9. Профилактика физических, интеллектуальных и психологических перегрузок и психоэмоциональных декомпенсаций, контроль за организацией оздоровительных мероприятий.
- 2.10. Выработка мультидисциплинарного заключения об особенностях развития, здоровья и образования учащегося, а также программы индивидуального сопровождения.
- 2.11. Формирование банка данных образовательного учреждения о детях и подростках, имеющих проблемы развития, обучения и поведения; представление информации с декретированным доступом и соблюдением конфиденциальности по официальному запросу соответствующих органов государственной системы защиты прав несовершеннолетних, профилактики их безнадзорности и правонарушений.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КОНСИЛИУМА

3.1. Консилиум создается приказом директора образовательного учреждения (ДОУ, школы, УВК, ПТУ и др.), является структурным подразделением психолого-педагогической службы образования и возглавляется председателем Консилиума.

3.2. Консилиум осуществляет свою деятельность непосредственно в помещении образовательного учреждения.

3.3. Сотрудники Консилиума обязаны:

- Руководствоваться в своей деятельности профессиональными и этическими принципами, подчиняя ее исключительно интересам детей и их семей.
- Исходить в своей деятельности из принципов интегрированного обучения и воспитания детей, применяя все необходимые современные социально-педагогические подходы для обучения и воспитания детей в естественной открытой социальной среде.
- В пределах своей компетенции защищать всеми законными средствами, на любом профессиональном, общественном и государственном уровне права и интересы детей, обучающихся в образовательном учреждении, и их семей.
- Сотрудники несут ответственность за соблюдение конфиденциальности и несанкционированное разглашение сведений о детях и их семьях.

3.4. Руководство Консилиумом осуществляет заместитель директора образовательного учреждения, который должен иметь высшее педагогическое (либо психологическое, либо социально-педагогическое) образование и соответствующую профессиональную подготовку.

3.5. Консилиум готовит документы на городскую, (районную) ПМПК в случае неясного диагноза или при отсутствии положительной динамики в обучении и воспитании ребенка.

4. СОСТАВ КОНСИЛИУМА

4.1. В основной состав Консилиума входят:

- 1) заместитель директора по учебно-воспитательной работе (председатель Консилиума),
- 2) психолог,
- 3) социальный педагог,
- 4) классный руководитель/мастер рассматриваемого ребенка,
- 5) медицинский работник ОУ (врач, фельдшер или медицинская сестра).

В переменный состав Консилиума входят (приглашаются при необходимости):

- 6) учителя-предметники,
- 7) инспектор по охране прав ребенка,
- 8) юрист учреждения и др.

При отсутствии специалистов они привлекаются к работе Консилиума на договорной основе

5. ТЕХНОЛОГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА КОНСИЛИУМОМ

5.1. Обследование ребенка проводится каждым специалистом Консилиума индивидуально.

5.2. По результатам обследования каждый специалист оформляет собственное профессиональное заключение, предоставляет характеристики на ребенка.

5.3. На основании полученных данных (представлений специалистов) коллегиально вырабатываются комплексное заключение и рекомендации Консилиума.

5.4. Полученные результаты обследования на Консилиуме заносятся в индивидуальную карту сопровождения ребенка, в которой находятся все данные индивидуального обследования специалистами.

5.5. По результатам первичного комплексного обследования ребенка специалистами-членами Консилиума вырабатываются рекомендации и программа индивидуальной коррекционно-реабилитационной работы с учащимся.

5.6. Обсуждение результатов динамического наблюдения и коррекционно-реабилитационной работы проводится на заседаниях Консилиума не менее одного раза в четверть и выносится на малые педсоветы.

5.7. В конце учебного года на заседании Консилиума рассматриваются результаты коррекционно-реабилитационной работы, психолог составляет заключение, а другие специалисты (учитель, социальный педагог, воспитатель, социальный работник) готовят социально-педагогическую характеристику на каждого проблемного ребенка.

5.8. В сложных диагностических случаях, в конфликтных ситуациях, при невозможности для членов Консилиума однозначного решения об обучении и воспитании ребенка он направляется в городскую или республиканскую ПМПк для углубленной диагностики.

6. ДОКУМЕНТАЦИЯ КОНСИЛИУМА

При обследовании на Консилиуме должны быть представлены следующие документы:

4.1. Документация, представляемая педагогом: педагогическая характеристика

4.2. Документация, представляемая педагогом-психологом: психологическое заключение

4.4. Документация, представляемая социальным педагогом:

- 1) Карта социально-педагогического обследования ребенка и семьи.
- 2) Социально-педагогическое заключение.

4.5. Документация, представляемая социальным работником образования:

- 1) Карта социально-правового статуса ребенка и членов его семьи.
- 2) Необходимые документы подтверждающие социально-правовой статус ребенка и степень его защищенности.

4.6. Документация, представляемая медицинским работником: выписка из медицинской карты с анамнезом развития ребенка, заключение по результатам медицинского осмотра.

Заседание Консилиума оформляется протоколом. Протокол хранится у председателя Консилиума.

Председателем консилиума ведется журнал Консилиума.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

План проведения ПМПк

№ п/п	ФИО ребенка	Дата первичного ПМПк	Дата следующего ПМПк	Пометки о проведении	Ответственные за сопровождение ребенка
-------	-------------	----------------------	----------------------	----------------------	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ЖУРНАЛ ПМПк

1 Первичная регистрация заключений и рекомендаций специалистов

№ п/п	Дата ПМПк	ФИО Ребенка	Возраст	Дата поступления в ОУ	Проблема	Заключение спец-тов	Рекомендации по коррекции	Специалист или состав ПМПк Ответственные	Дата очередного ПМПк
-------	-----------	-------------	---------	-----------------------	----------	---------------------	---------------------------	---	----------------------

2.Регистрация промежуточных результатов заключений и рекомендаций специалистов

№п/п	Дата ПМПк	ФИО ребенка	Дата поступления в ОУ	Состояние проблемы, заключение специалиста в по динамике состояния ребенка	Рекомендации по коррекции, терапии и обучению	Специалист (или состав ПМПк) Ответственные	Примечания или дата очередного ПМПк
------	-----------	-------------	-----------------------	--	---	---	--

3.Регистрация окончательных результатов заключений и рекомендаций специалистов

№п/п	Дата ПМПк	ФИО ребенка	Дата поступления в ОУ	Состояние проблемы, оценка результатов коррекционно-реабилитационного процесса	Рекомендации и по дальнейшей коррекции, терапии и обучению	Специалист (или состав ПМПк) Ответственные	Примечания
------	-----------	-------------	-----------------------	--	--	--	------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Протокол ПМПк от 17.12.08г., проведенном в Центре. Присутствовали специалисты: председатель и секретарь ПМПк, педагог-психолог, социальный педагог, юрист, фельдшер.

Орлова Алена Петровна 23.10.1995г.р., шк.№ ..., 7б класс. Проживает по адресу...

Проживают в трехкомнатной квартире: Алена, ее мать- Неля Ивановна, бабушка (отец мамы), тетя девочки с ребенком дошкольного возраста. Отца нет. Семья конфликтная, употребляют алкоголь. Мать нигде не работает.

Поступила в Центр 28.10.08г. Мама на первую встречу не подошла, хотя сама договаривалась о встрече с психологом. Мамой была заявлена проблема – конфликты с дочерью, уходы из дома на несколько дней.

В первичной беседе девочка рассказала, что мама пьет (на прием не пришла, потому что болеет с «похмелья»), часто применяет физические наказания, кричит. Дома часто пьют, дерутся, ругаются. Пьяный дед не контролирует себя, может кидаться предметами, посудой с горячим содержимым.

У девочки на левом запястье с внутренней стороны были обнаружены порезы. Она рассказала, что 26.10.08г. возвращалась домой поздно, боялась наказания и на лестнице своего подъезда разбитым стеклом порезала вены, увидела кровь, испугалась смерти. В это время вышла на площадку мама, вызвала «скорую».

Девочка состоит на внутришкольном учете. Учиться плохо. Грубит учителям. Склонна к дракам.

Мама посещала Центр 2 раза. Каждый раз уверяла психолога, что уже нашла работу и устраивается. В настоящее время стало известно от родственников, что она нигде не работает.

Алена посещала психолога 5 раз. В последний раз имела неряшливый вид. Объясняет это тем, что не ночует дома, живет у друзей.

11.12.08г. было проведено адресное посещение. Дома находились бабушка и тетя. При адресном посещении отмечено следующее: в квартире долгое время не производился ремонт; девочка делит спальное место с матерью (спят вместе на диване), в комнате нет стола для выполнения домашних заданий; в школьных тетрадках девочки последние записи датированы сентябрем месяца.

Медицинский статус: Родовая травма, гидроцефальный синдром. В 5-6 летнем возрасте упала с качели, черепно-мозговая травма. Головные боли. В 2002г ставили диагноз по снижению слуха.

Необходимо срочно усилить работу с мамой, с привлечением специалистов школы, КДН. Решением консилиума Центра рассмотреть девочку на школьном консилиуме с участием специалистов школы.

Ресурсное состояние: Контактность, общительность, активность.

Зона особого внимания: Суицидальные установки. Жестокое обращение в семье, конфликтные отношения в семье и школе. Отсутствие увлечений, временной перспективы. Бродяжничество.

Индивидуальный план коррекционно-реабилитационной работы:

Личностные особенности	Мероприятия	Ответственный	Сроки	Примечания
Жестокое обращение в семье, физическое насилие	Работа с семьей Адресные посещения, постоянный контроль Взаимодействие с КДН, при необходимости с органами опеки и попечительства Повышение ответственности матери	Соцпедагог Юрист Фельдшер	Дек.- фев.	

	<p>за воспитание</p> <p>Индивидуальная коррекционная работа с мамой. Повышение воспитательной компетенции. Работа с личными проблемами, переживаниями.</p> <p>Регулярный медицинский осмотр девочки (выявление телесных признаков физического насилия)</p>	<p>Психолог</p> <p>Фельдшер</p>	<p>Дек.-Май</p> <p>Дек.-Май</p>	
<p>Конфликтные отношения с учителями</p>	<p>Взаимодействие с социальным педагогом школы, классным руководителем</p> <p>Консилиум на базе школы</p> <p>Консультирование классного руководителя</p> <p>Обучение девочки навыкам общения</p>	<p>Соцпедагог</p> <p>Психолог</p>	<p>Дек.-Янв</p> <p>Дек.-Май</p>	
<p>Суицидальные установки</p>	<p>Формирование ценностного отношения к жизни</p> <p>Поиск перспектив,</p>	<p>Психолог</p> <p>Соцпедагог</p>	<p>Постоянно</p>	

	ресурсов Обучение навыкам проблеморазрешающего поведения			
Высокий уровень агрессии Склонность к дракам	Отреагирование негативных эмоций, релаксация Обучение навыкам распознавания и выражения негативных эмоций социально приемлемыми способами Профилактика жестокого обращения (работа с мамой и педагогами) Снижение провоцирующих факторов	Психолог	Дек.-май	
Гипертимная акцентуация характера(24) Склонность к девиантному поведению Преобладание игровой мотивации, получения удовольствий	Реализация высокой активности через социально приемлемые формы Обучение навыкам самоконтроля Правовые беседы, формирование ответственного поведения	Соцпедагог Психолог Юрист	Дек.-Май	

Циклотимная акцентуация (18)	Обучение навыкам саморегуляции	Психолог	Дек.-Май	
Преобладание гедонистической направленности Низкая направленность на будущее	Развитие временной перспективы, навыков планирования и целеполагания Обучения навыкам предвидения последствий поступков	Психолог Соцпедагог Юрист	Дек.-Май	
Недостаточное развитие рационального компонента эмпатии	Развитие способности понимать состояние другого человека	Психолог	Дек.-Май	
Низкий уровень развития эмоционального канала эмпатии	Формирование способности сопереживать, сочувствовать, оказывать помощь	Психолог Соцпедагог	Дек.-Май	
Низкий уровень развития установок способствующих взаимопониманию	Формирование установок, способствующих взаимопониманию, установлению позитивных отношений с окружающими	Психолог	Дек.-Май	

Общие рекомендации: Предупреждение жестокого обращения. Улучшение взаимоотношений с педагогами в школе. Повышение уровня социально- психологической адаптации.

7. Реабилитация суицидентов

7.1. Тематический план реабилитации

№	Тема	Часы	
1	Исследование жизненного пути, стиля, потребностей. Смысла суицида	1	1
2	Работа с травмой. Отреагирование	1	1

	негативных эмоций		
3	Изучение желаний, превращение проблемы в цели	1	1
4	Работа с расширением временной перспективы	1	1
5	Путь к цели (копингстратегии)	1	1
6	Переписанная автобиография	1	1
7	Формируем навыки самоподкрепления	1	1
8	Наслаждение в действиях	1	1
9	Хочу научиться	1	1
10	Наслаждение в людях	1	1
11	Ищем хорошее в плохом	1	1
12.	Защита проекта «Мой жизненный путь»	1	1

Структура занятия:

- Рефлексия прошлого занятия
- Информация, психологические технологии
- Релаксация.
- Домашнее задание

7.2. Выявление антисуицидальных копинг-стратегий

1. Опросник антисуицидальных мотивов

Ф.И.О. _____

Возраст _____ Дата _____

Инструкция

На регистрационном бланке в строке рядом с вопросом отметьте одно из чисел – от 1 до 6:

1 – совершенно не важная (не является причиной для того, чтобы не убивать себя);

2 – весьма незначительная;

3 – незначительная;

4 – важная;

5 – весьма важная;

6 – чрезвычайно важная; (как причина убивать себя)

1	Несу ответственность и обязательства перед моими родными	
2	Я полагаю, что я могу научиться приспособливаться и справляться с моими проблемами	
3	Я полагаю, что я могу контролировать мою жизнь и судьбу	
4	Я хочу жить	
5	Я верю, что только Бог имеет право закончить мою жизнь	
6	Я боюсь смерти	
7	Моя семья будет считать, что я не люблю их	
8	Я не считаю себя несчастным или безнадежным	
9	Моя семья зависит от меня и нуждается во мне	
10	Я не хочу умереть	
11	Я хочу наблюдать, как растут мои дети	
12	Жизнь – все, что мы имеем, и нет ничего лучше	
13	У меня есть планы на будущее, которые я хочу выполнить	
14	Независимо от того, как ужасно я себя чувствую, я знаю, что это не будет длиться все время	
15	Я боюсь неизвестности	
16	Я люблю свою семью очень сильно и не могу оставить её	
17	Я хочу испытать все те радости, которые жизнь должна мне преподнести	
18	Я боюсь, что у меня не получится покончить с собой тем методом, который я выбрал	
19	Я достаточно забочусь о себе	
20	Жизнь слишком красива и драгоценна, чтобы закончить её	
21	Было бы плохо оставить заботу о моих детях другим	
22	Я полагаю, что я могу найти другие решения моих проблем	
23	Я боюсь попасть в ад	
24	Я люблю жизнь	
25	Я слишком сильный, чтобы убить себя	
26	Я – трус и не имею мужества убить себя	
27	Мои религиозные верования запрещают самоубийство	
28	Моё самоубийство может плохо отразиться на детях	
29	Я интересуюсь тем, что случится со мной в будущем	
30	Это бы слишком сильно травмировало мою семью, и я не хочу, чтобы она страдала	
31	Меня волнует, что другие думают обо мне	
32	Я полагаю, что все, что происходит к лучшему	

33	Я долго не мог решить где, когда и как это сделать	
34	Я считаю, что это нравственно правильно	
35	У меня есть много дел, которые я бы хотел сделать	
36	Я достаточно храбр, чтобы бороться с трудностями жизни	
37	Я счастлив и доволен своей жизнью	
38	Я боюсь фактического «акта» самоубийства (боль, кровь, насилие)	
39	Я полагаю, что самоубийство ничего не решит	
40	Я надеюсь, что все улучшится, и будущее будет более счастливым	
41	Другие люди будут думать, что я слаб и эгоистичен	
42	У меня есть внутренняя сила, чтобы выжить	
43	Я не хотел, чтобы люди думали, что я не имею контроля над собой	
44	Я считаю, что я могу найти цель в жизни	
45	Я не вижу никакой причины приближать смерть	
46	Я боюсь, что мой метод самоубийства не приведет к желаемому результату	
47	Я не хотел бы, чтобы мои родные впоследствии чувствовали себя виновными	
48	Я не хотел бы, чтобы мои родные думали, что я эгоист	

2. Выраженность антисуицидальных мотивов

№	Антисуицидальные мотивы	Балл	Ранг
1	Выживание, умение справляться с ситуацией		
2	Ответственность перед семьей		
3	Мотивы, связанные с детьми		
4	Опасения относительно совершения самоубийства		
5	Опасения социального неодобрения		
6	Моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки		
Среднее значение выраженности антисуицидальных мотивов			

3. Опросник психологических потребностей

Шнейдман разработал опросник со списком фрустрированных психологических потребностей для того, чтобы иметь возможность прицельно опрашивать обследуемых, оценивая, какое влияние оказывают различные потребности на их отношение к себе и окружающему миру. Он выделил 20 базовых потребностей человека. Значимость каждой из них оценивалась числом баллов таким образом, чтобы общая сумма всех баллов была равна 100. Иными словами, общее количество баллов у всех опрашиваемых является одинаковым, а диагностическую информацию

можно извлечь из различий между показателями значимости отдельных потребностей (у конкретного человека). Эти различия демонстрируют, каким образом потребности формируют стиль (паттерны) жизни человека.

Потребность	Баллы
1. Самоунижение. Потребность пассивно подчиняться; умалять свое достоинство.	
2. Достижение. Потребность справляться с трудностями и побеждать.	
3. Принадлежность. Потребность принадлежать, быть частью группы людей, поддерживать дружбу.	
4. Агрессия. Потребность силой преодолевать сопротивление; стремление к борьбе, драке или нападению.	
5. Автономия. Потребность быть независимым и свободным; преодолевать ограничения.	
6. Противодействие. Потребность возмещать потери с помощью борьбы, повторных усилий.	
7. Защита. Потребность отстаивать себя в случае критики или обвинений.	
8. Почтение. Потребность в восхищении и поддержке, восхвалении и подражании вышестоящему лицу (лидеру)	
9. Доминирование. Потребность контролировать. Влиять и определять поведение других; стремление быть лидером.	
10. Демонстративность. Потребность возбуждать интерес, привлекать, восхищать или развлекать других.	
11. Избегание опасности. Потребность избегать боли, ранений, болезни и смерти.	
12. Неприкосновенность. Потребность в защите себя и своего психологического пространства.	
13. Забота. Потребность в обеспечении других едой, помощью, утешением, защитой и воспитанием.	
14. Порядок. Потребность в организованности в порядке в вещах и мыслях.	
15. Игра. Потребность в действиях для удовольствия, в поиске удовольствия ради него самого.	
16. Отвержение. Потребность в исключении, изгнании, удалении от себя другого человека.	
17. Чувственность. Потребность в эстетических и положительных чувственных переживаниях, в наслаждении.	
18. Избегание стыда. Потребность сторониться чувств унижения и стыда.	
19. Получение поддержки. Стремление, чтобы другой человек	

удовлетворял значимые потребности; потребность быть любимым.	
20.Понимание. Потребность располагать информацией о происходящем, понимать, каким образом и по какой причине происходят события.	

4. Опросник для клиентов с суицидальными тенденциями

1) «Я больше этого не вынесу», «Жизнь это иллюзия», «Все лишено смысла», Может еще, какие есть пословицы и поговорки? Как вы относитесь к этому?

2) Какое средство вы использовали, чтобы уйти из жизни?

3) Вы испытали разочарование, чувствуете себя отвергнутым где, когда? Или к вам несправедливо относятся где, когда?

4) Была ли ваша попытка вызовом окружающему миру? С какой целью?

5) Вы рассказывали о вашей попытке самоубийства, кому? Как среагировали на это?

6) Какие разочарования (чем, кем) предшествовали вашей попытке? Стояло ли за этим желание любви, близости и защищенности?

7) Одолевают ли Вас мысли о безнадежности и бессмысленности жизни? Что привело Вас к таким мыслям и ощущениям?

8) Хотели ли вы покончить с невыносимой ситуацией или с жизнью вообще?

9) Задумывались ли вы о глобальных проблемах всего человечества?

10) Вспомните проблемные ситуации, трудности, которые вы преодолели. Как вы справились, что Вам помогло?

11) Что для вас является смыслом жизни (стимулом, целью, мотивацией, жизненным планом, страхом болезни и смерти, Жизни после смерти)?

12) Какие цели и планы есть у вас в отношении учебы, личной жизни, семейных отношений, здоровья, общественной жизни.

Техники, применяемые в работе с суицидентами

1. Техника. Выяснение смысла суицида

В позитивной психотерапии попытка суицида рассматривается как «завершение болезненного развития». Под попыткой суицида подразумевается не только стремление к смерти, сколько вызов окружающему миру. Конечно, возможно, что эта попытка заканчивается смертью или всерьез задуманное самоубийство не удастся.

Если поразмышлять над тем, что означает «лишить себя жизни», то здесь можно обнаружить и позитивные стороны. Если человек «забирает» у себя жизнь, значит, он постигает жизнь, овладевает ею, он приспособливает ее к себе. Здесь возможно новое начало. «Лишить себя жизни» – это способность поставить свою жизнь под вопрос и изменить свои взгляды на нее.

2. Техника. Работа с травмой. Отреагирование негативных эмоций

Методы снижения кризисного напряжения применяются в тех случаях, когда напряжение «зашкаливает», а объективные обстоятельства требуют немедленного решения и осуществление конкретных шагов. Хорошо, когда в распоряжении психолога есть комната психологической разгрузки: мягкое кресло, приглушенный свет и звуки природы. Но даже если этих условий нет, можно использовать методы релаксационной визуализации, а также метод В. Стюарта «Трансформация образа» в сочетании с фокусированием: методом Ю. Джендлинда.

Образы можно использовать в процессе консультирования в любое время. Они напрямую связаны с эмоциями, которые имеют источник все в том же бессознательном. Тело – это язык нашей физической природы, которое является проводником для наших эмоций, которые изменяют его состояние? Любую эмоцию можно локализовать в теле.

Консультант может предложить клиенту проделать следующее, направляя его вопросами.

1. Сосредоточьтесь на своем состоянии. Что вы сейчас чувствуете? Где в теле особенно локализуется это состояние?

2. Представьте себе образ вашего состояния. Как оно выглядит? Как оно ощущается в теле? Как оно звучит? Что в этом образе есть особенно тревожащего, дискомфортного?

3. Представляйте, как этот образ меняется, становится все более приятным, успокаивающим, комфортным. Что с ним происходит?

4. Вернитесь к вашему состоянию. Каково оно теперь? Как оно изменилось?

При необходимости эту технику можно повторять несколько раз.

Во время выполнения этой техники необходимо, чтобы клиент подробно описывал происходящие изменения в образе. При этом важно следить за его физическим состоянием. Образы – сильное оружие, и обращаться с ним нужно осторожно.

Если в теле клиента будут сохраняться негативные ощущения, можно предложить ему: 1) сосредоточиться на негативные ощущения; 2) выбрать один из видов «ласкающего», «исцеляющего» визуального (то есть воображаемого) самовоздействия: например, омывание нежным лечебным бальзамом, под действием которого каждая клеточка облегченно расправляется и благодарно успокаивается; или струящийся нежный поток исцеляющего света, или нежное поглаживание и т.п. (клиенту может быть задан вопрос о том, что для него наиболее приятно); 3) визуализировать выбранный способ до устранения неприятного ощущения.

3. Техника. Изучение желаний, превращение проблем в цели

Представьте, вы поймали золотую рыбку, которая обещала исполнить 3 ваших желания. Желания должны быть реалистичные... Подумайте, что вы будете делать для достижения их, каковы препятствия на пути достижения их. Опишите свои чувства.

Превращаем проблемы в цели

Многие наши проблемы могут быть решены, если мы представим их в виде цели. Составьте список проблем, которые хотели бы решить. Как можно более объективно. Сформулируйте цель т. е. что нужно сделать, чтобы проблема перестала существовать или стала менее острой.

Путь к цели

Закройте глаза и представьте образ или картину, символизирующие вашу цель. Не открывая глаз, визуализируйте дальше, что перед вами лежит прямая тропа вверх на холм, над которым висит образ вашей цели. По обеим сторонам тропы вы ощущаете присутствие различных сил, которые пытаются заставить вас свернуть с вашего пути по тропе и помешать достичь вершины. Они пытаются лишить вас мужества и чем-нибудь соблазнить. Они хотят запугать вас или вызвать у вас чувства вины.

Вы же можете ощутить себя сгустком энергии, ясной воли, неуклонно идущим вперед по тропе. Вы можете поговорить с кем-нибудь из этих сил.

Когда вы дойдете до вершины, посмотрите на тот образ, который символизирует вашу цель. Ощутите его присутствие, побудьте рядом, насладитесь его близостью. Прочувствуйте его и ощутите, что он может говорить вам. Пришло время попрощаться с образами. Вы можете что-то взять с собой, а остальное начинает блекнуть и наконец, исчезнет из вашего воображения. Сделайте глубокий вдох и глубокий выдох. Откройте глаза.

Обсудите: какие силы хотели заставить вас свернуть с пути.

Переписанная автобиография

Рассказать собственную биографию, оставив в ней только позитивные моменты.

Формируем навыки самоподкрепления

Необходимо психологу сначала продемонстрировать навыки самоподкрепления с последующими пробами в ролевой игре.

Варианты «Все равно я молодец, потому, что...»

Подготовить рассказ о своих успехах и радостях и рассказать сначала психологу, потом другу или подруге, родителям. Обсудите: что мешало или помогало говорить о своих успехах.

Наслаждение в действиях

Продолжите фразу. «Мне нравится ... а многие не знают, какое от этого можно получить удовольствие». Надо рассказать о занятиях. Которые приносят удовольствие. Д.З. выберите время для занятий, которые доставляют вам радость удовольствия.

«Хочу научиться»

Расскажите о тех действиях, которые доставляют удовольствие другим людям, и которым вам хотелось бы научиться.

Наслаждение в людях.

Расскажите о ваших добрых чувствах по отношению к вашим любимым и тех действиях, которые эти чувства вызывают. Обсудите: Было ли что-то неприятное для вас; существуют ли универсальные способы доставить удовольствие; что приятно всем людям, что приятно конкретному человеку.

Расскажите близкому человеку, что вам в нем нравится, используя местоимение «Я» и точно описывайте положительные чувства в связи с действиями партнера. Обсудите: какие трудности возникли, о чем сложно говорить?

«Хорошее в плохом»

Пожалуйста, увидите в неприятном для вас человеке, что-то хорошее. Можно ли увидеть хорошее в мерзких людях. Что можем нам помешать увидеть в них хорошее.

Установлено, что на протяжении долгого времени остается риск повторного суицида, поэтому требуется постоянная поддержка молодого человека с грузом накопленных проблем, а не коррекция только одного симптома или проблемного поведения

8. Глоссарий

1. *Амбивалентность аутоагрессивных/суицидальных мотивов* - психическое состояние, характеризующееся одновременным существованием аутоагрессивных (суицидальных) и антисуицидальных мотивов.
2. *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.
3. *Антисуицидальный барьер* - комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость.
4. *Антисуицидальные факторы личности* - отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий.
5. *Ассистированный суицид* - самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью. Синоним - Эвтаназия.
6. *Аутоагрессивное поведение* - действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью.
7. *Аутодеструктивное поведение* - непреднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознавании возможности смертельного исхода как их результата).
8. *Аффективное суицидальное поведение* — тип поведения, характеризующийся прежде всего действиями, совершаемыми на высоте аффекта. Суицид во время аффекта может носить черты спектакля, но может быть и серьезным намерением, хотя и мимолетного. Длительность аффективной ситуации определяет и колебания намерения суицидального поведения.

9. *Биологические методы коррекции суицидальной активности* - различные медикаментозные и немедикаментозные виды биологической терапии, непосредственно направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности.
10. *Возрастные особенности суицидального поведения* - особенности суицидального поведения (суицидальной мотивации, форм суицидогенеза, суицидальных проявлений), характерные для определенных возрастных групп.
11. *Групповой суицид* - одновременное осуществление суицидальных действий группой лиц, объединенных какими-либо идеологическими представлениями.
12. *Двусмысленный суицид (Litman R., 1961)* - действия, направленные на умышленное самоповреждение, при совершении которых индивид, однако, не уверен в том, что выживет.
13. *Демонстративное суицидальное поведение* — изображение попыток самоубийства без реального намерения покончить с жизнью, с расчетом на спасение. Все действия направлены на привлечение внимания, возобновление интереса к собственной персоне, жалость, сочувствие, уход от наказания за совершение тяжелого проступка, возмездие за обиду, несправедливость, когда окружающие отомстят обидчику.
14. *Демонстративно-шантажное суицидальное поведение* своей целью предполагает не лишение себя жизни, а всего лишь демонстрацию этого намерения. Хотя такая демонстрация подчас завершается смертью вследствие недоучета реальных обстоятельств.
15. *Истинное суицидальное поведение* — намеренное, обдуманное поведение, направленное на реализацию самоубийства, иногда долго вынашиваемое.

16. *Истинные суициды* или попытки имеют целью лишение себя жизни. В качестве конечного результата выступает смерть, однако степень желая смерти может быть различна, что отражается на условиях и способах реализации суицидальных тенденций. Цель может формироваться как рациональное намерение и как аффективно возникшее побуждение.
17. *Парасуицид* – незавершенные суицидальные действия.
18. *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.
19. *Пресуицид* - период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации (очень важно знать о том, что в этот период поведение ребенка меняется).
20. *Саморазрушающее поведение* – тип поведения, над которым у человека есть реальный или потенциальный волевой контроль, но который ведет индивида в направлении более ранней физической смерти. Такой тип поведения еще определяют как “скрытое” самоубийство, “бессознательное суицидальное поведение” или “суицидальный эквивалент”. К саморазрушающим типам поведения обычно относят злоупотребление алкоголем и курением, употребление наркотиков, игнорирование серьезных заболеваний, чрезмерную работу, переизбыток.
21. *Суицид* (лат. Sui – себя, caedo - убивать) – умышленное лишение себя жизни. Основной детерминантой суицидального поведения является нарушение социально-психологической адаптации личности в условиях межличностного или внутриличностного конфликта, когда суицидент не может найти адекватного способа его разрешения
22. *Суицид* (от англ.- suicide - самоубийство) – осознанный акт устранения из жизни под воздействием острых психотравмирующих ситуаций, при котором собственная жизнь теряет для человека смысл. Самоубийство - является крайним проявлением социально-пассивной позиции, *уходом от активной общественной жизни* и относится к отклоняющемуся поведению. Психоэмоциональное состояние

суицидента достигает, субъективной болевой напряженности, человек не может адаптироваться к трудной жизненной ситуации в результате фрустрации потребности (принадлежности, достижения, автономии, воспитании, понимании) и *самоустраняется от помощи ...*

23. *Суицидальные замыслы* – активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия.
24. *Суицидальное поведение* – проявление суицидальной активности: мысли о убийстве, соответствующие высказывания, угрозы, намерения и попытки покончить собой.
25. *Суицидальное поведение* – это последнее звено в цепи процесса дезадаптации, блокирование которого возможно на разных этапах: от фазы возникновения конфликта, его кульминации и суицида.
26. *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.
27. *Фрустрация* — психическое состояние, возникающее вследствие реально или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении человеческой истории проблему самоубийства решали вначале с технологических, позже с философских и нравственных позиций, затем, с середины прошлого столетия, к выяснению привлекались знания из области психиатрии, антропологии, психологии, правоведения, эпидемиологии и социологии. Это позволяет сегодня рассматривать феномен самоубийства с мультидисциплинарных позиций.

В ходе истории взгляды на сущность добровольного ухода из жизни существенно изменялись, как и его моральная оценка (грех, преступление, норма, героизм), в зависимости от соответствующего этапа развития общества и преобладавших социальных, идеологических и этнокультуральных представлений. С глубокой древности отношение к суициду, его причины и технология тесным образом были связаны с тем, как-то или иное общество, социальная группа или культура воспринимали понятие смерти. Это и определяло различия в отношении к акту аутоагрессии государства,

священнослужителей, законоучителей, философов и простых людей.

Высокий уровень самоубийств в большинстве стран мира заставляет ставить вопрос о причинах этого явления и поиске оптимальных средств для его предупреждения. Суицид -- это не только индивидуальная поведенческая реакция, она обусловлена психологическими и патопсихическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах.

Причины суицидального поведения должны анализироваться в связи с общим состоянием современной культуры и в контексте господствующих в обществе этических норм, мировоззренческих представлений о сущности жизни и смерти, с учетом особенностей массовой психологии.

Для профилактики самоубийств необходимо вовремя распознать развитие кризиса и создать условия для адекватного эмоционального реагирования и интеллектуальной переработки психотравмирующего события.

Психологический кризис является одним из проявлений социально-психологической дезадаптации личности в ситуации утраты либо угрозы утраты значимой ценности или объекта. Кризис возникает при невозможности преодолеть препятствия в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта.

Кризисное состояние характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями: чувством неопределенности, беспокойством, тревогой, переживанием собственной несостоятельности, беспомощности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего, выраженными затруднениями в планировании дальнейших действий.

Подавляющее большинство потенциальных самоубийц являются людьми с психиатрической точки зрения практически здоровыми (в том числе с акцентуациями характера). Это не случайно. Данные Всесоюзного суицидологического центра свидетельствуют, что в общей массе лиц с аутоагрессивными намерениями свыше 70% приходится именно на эту категорию.

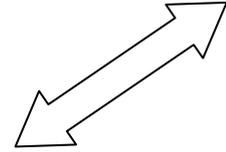
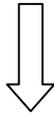
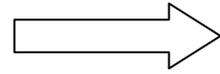
Правильное поведение с потенциальными самоубийцами требует специфических знаний о характере и содержании суицидального поведения, об особенностях психологического состояния человека, стоящего перед вопросом о возможности продолжать жить.

Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, вследствие амбивалентного к нему отношения сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, ищут возможности спасения. Общим коммуникативным действием при самоубийстве является не вражда, ярость, разрушение и даже не отход от других людей внутрь себя, а сообщение о своих суицидальных намерениях Глэддинг С. Психологическое консультирование. 4-е изд. - СПб.: Питер, 2002. - с. 224.. Все люди, работающие сегодня в области суицидологии, знают о характерных признаках такого сообщения, как вербальных, так и невербальных. Их распознавание является незаменимым условием превенции суицидов.

Литература

1. Адлер, А. Суицид. // Психология и общество. 2004. №1.
2. Банников, С.Г. Роль особенностей личности в формировании антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения у подростков
3. Горская, М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоциальной работы. - 1994. - №1. - С.44-52.
4. Дюркгейм, Э. Самоубийство. // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. - М., 2001. - с. 241.
5. Елизаров, А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Учебное пособие. - М.: «Ось-89», 2003. - 336 с.
6. Личко, А.Е. Подростковая психиатрия. – Л., - 1989.
7. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. -- 2-е изд., стер. -- М.: Смысл, 2005. - 182 с.
8. Павлов, И.П. Клиническая психиатрия. – М. – 1989.
9. Полякова, В.В. Совершенствование деятельности классных руководителей по предупреждению суицидального поведения школьников
10. Слуцкий, А.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал. – 1992. - №1. –С.13.





несов

Подра
(ст. 23)

Центр
несов
(ст. 22)

Други
осуще
безна,
несов
культу

[Empty rectangular box]

[Empty rectangular box]

**Уполномоченный по правам
ребенка в Республике Тыва**

Други

УФСН

МВД Р