

**Государственное учреждение
дополнительного образования
Тульской области
«Областной центр «ПОМОЩЬ»**

Профилактика суицидального поведения детей и подростков

**Методические рекомендации
для специалистов служб
психолого-педагогического
сопровождения**

СОСТАВИТЕЛИ:

Васютина А.А. – заместитель директора ГУ ДО ТО «Областной центр «ПОМОЩЬ»
по методической работе

Сапронова Т.И. – педагог-психолог ГУ ДО ТО «Областной центр «ПОМОЩЬ»

Рудакова Д.А. – педагог-психолог ГУ ДО ТО «Областной центр «ПОМОЩЬ»

Содержание

I. Суицидальное поведение. Типы, мотивы, этапы.....	5
1. Суицидальное поведение.....	5
1.1. Типы суицидального поведения.....	5
1.2. Мотивы суицидального поведения.....	6
1.3. Механизмы формирования суицидального поведения.....	7
1.4. Типы суицидоопасных реакций.....	8
1.5. Этапы суицидального поведения.....	9
2. Возрастные особенности суицидального и аутодеструктивного поведения несовершеннолетних.....	10
3. Факторы риска суицидального поведения.....	11
3.1. Психическое неблагополучие как фактор риска.....	11
3.2. Семейные факторы риска (взаимоотношения в семье).....	13
3.3. Социальные факторы.....	14
II. Психолого-педагогическая модель работы с обучающимися «группы риска» суицидального поведения.....	17
1. Раннее выявление.....	18
1.1. Проведение регионального мониторингового исследования в образовательной организации.....	18
1.2. Анализ «группы риска».....	26
1.3. Анализ наличия/отсутствия маркеров антивитаального поведения обучающихся методом наблюдения.....	27
1.4. Сбор дополнительных сведений.....	29
2. Консультативная деятельность.....	30
2.1. Консультация с родителем.....	32
2.2. Консультация с обучающимся.....	33
3. Психолого-педагогическое обследование.....	34
4. Коррекционная работа с обучающимися «группы риска».....	38
4.1. Оказание подростку психологической поддержки в кризисный период.....	38
4.2. Консультирование подростка, групповая/тренинговая работа с целью укрепления личностных ресурсов.....	39
5. Оценка эффективности психолого-педагогического сопровождения, реализуемой профилактической и индивидуальной коррекционной работы.....	47
6. Профилактическая работа в образовательных организациях.....	47
Литература.....	50

Введение

Решение проблемы профилактики суицидального поведения несовершеннолетних носит комплексный, системный и междисциплинарный характер, требует непрерывного повышения уровня компетентности педагогических работников по вопросам раннего выявления признаков суицидального поведения и оказания психолого-педагогической помощи детям в кризисных ситуациях.

Суицидальное поведение - осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Также существует термин – «пубертатный суицид». Им обозначают целое явление, это – подростковые самоубийства. Психическая организация подростка неустойчива, причем на всех уровнях: сознания, чувств, эмоций. Подростки крайне нестабильны в самооценке и при этом – большие максималисты; они всегда сомневаются в своих знаниях и способностях, для них характерна частая смена настроения, тревожность. У них легко возникают страхи. Порой небольшой конфликт в семье или в школе может послужить толчком для того, чтобы ребёнок вошёл в депрессивное состояние.

По мнению А.Г. Амбрумовой, в основе суицидального поведения лежит как претензия к обществу, так и социально-психологическая дезадаптация и межличностный конфликт. Социально-психологическая дезадаптация возникает при невозможности преодоления препятствий в достижении жизненно важных целей способами, сформированными на основе предыдущего индивидуального опыта, когда имеется несоответствие ожиданий и собственных возможностей.

Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций. Оно связано, собственно, не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания, направлено против ситуаций, сложившихся в определенной социальной группе. Поэтому так часто суицидальное поведение подростков носит демонстративный характер. Суицидальное поведение объясняется отсутствием жизненного опыта у подростка и его неумением определять жизненные ориентиры.

Психологический смысл подросткового суицида - крик о помощи, стремление привлечь внимание к своему страданию. Настоящего желания умереть у подростка нет, а представление о смерти крайне расплывчато и инфантильно. Смерть — это сон, отдых от невзгод, способ наказать обидчиков.

Таким образом, суицидальное поведение у детей и подростков может нести в себе как черты «манипулятивности», так и выраженные интенции к смерти. Как правило, суицидальный акт или намерения одновременно обусловлены противоречивыми мотивациями: с одной стороны – «воздействие на значимых других», попытка изменить ситуацию или «наказать» обидчика, с другой стороны – избежать психологической боли, обиды, стыда и пр. с помощью самоповреждения или смерти.

При работе с несовершеннолетними особое внимание следует уделить выявлению и сопровождению наиболее уязвимых групп детей. Выявление обучающихся «группы риска» суицидального поведения и оказание им должной психологической и социально-педагогической помощи – первостепенная задача психолого-педагогических служб школы, а также всего педагогического состава.

К условиям успешности профилактической работы можно отнести следующие: комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Своевременность приобретает особое значение при работе с подростками. От внимательного отношения и грамотного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит, реализует или остановит свой суицидальный план подросток.

I. Суицидальное поведение. Типы, мотивы, этапы.

1. Суицидальное поведение.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности. Оно включает в себя суицидальные мысли, намерения, высказывания, угрозы, суицидальные покушения и попытки.

Под *суицидальными мыслями* понимают мысли, намеки и высказывания о смерти, суициде или серьезном самоповреждении не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Суицидальные тенденции – более общее понятие, которое включает как суицидальные мысли, так и суицидальные побуждения, когда человек испытывает призывы к самоубийству.

Термин *суицидальная попытка* обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом. Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий.

К *суицидальным покушениям* относят все суицидальные акты, не завершившиеся летальным исходом по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Наконец, под *завершенным суицидом* понимают смерть от нанесенных самому себе повреждений.

Суицидальное поведение является одним из видов аутодеструктивного поведения. Это поведение наносит ущерб (прямой или косвенный) собственному соматическому и психическому здоровью, оно представляет угрозу целостности и развитию личности (Тормосина, 2014).

К основным функциям аутодеструктивного поведения можно отнести:

- функцию саморегуляции — в этом случае аутодеструктивные действия позволяют снять эмоциональное напряжение, восстановить чувство самоконтроля или избежать трудно переносимые эмоции;
- функцию межличностной регуляции — в этом случае аутодеструкция оказывается способом коммуникации, установления близких отношений, способом влияния на окружающих и привлечения к себе внимания.

1.1. Типы суицидального поведения.

Демонстративное суицидальное поведение. В основе этого типа суицидального поведения лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде

аутодеструктивного поведения (повреждения кожных покровов, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения и т.д.).

Аффективное суицидальное поведение. Суицидальные действия, совершенные под влиянием ярких эмоций, относятся к аффективному типу.

В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции – обида, гнев, – затмевают собой реальное восприятие действительности, и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

Скрытое суицидальное поведение (косвенное самоубийство) ориентировано на риск, на игру со смертью (экстремальные виды спорта, самоизоляция, употребление сильных наркотиков и т.д.).

Истинное суицидальное поведение. Направляется желанием умереть, сопровождается переживаниями и размышлениями о смысле жизни, которым предшествуют угнетенное настроение или депрессивное состояние. Истинное суицидальное поведение характеризуется продуманным планом действий, т.е. подросток готовится к совершению суицида. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своего поступка. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению или к прыгиванию с высоты.

1.2. Мотивы суицидального поведения.

В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация В.А. Тихоненко, согласно которой выделяют **пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание» и «отказ».**

Суицидальные реакции по типу **«призыва» («крик о помощи»)**. К данной группе относят случаи, когда подросток совершает суицидальную попытку, руководствуясь целью привлечь внимание окружающих, получить от них помощь и поддержку.

На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Чтобы другие люди поняли, какое сильное отчаяние я чувствую». К данной группе также относят демонстративно-шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения (родителей, одноклассников, учителей). Подростки, руководствующиеся мотивами по типу «крика о помощи», обычно не думают о возможном летальном исходе своих действий, они чаще сосредоточены на мыслях о том, как окружающие прореагируют на их поступок.

Суицидальные реакции по типу **«протеста»**. К этой группе относят случаи, когда подросток, испытывая возникшие на фоне конфликтной ситуации чувства гнева, ярости, обиды, совершает самоповреждающие действия, чтобы выразить свой протест против происходящего.

На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Чтобы как-то выразить свой гнев (обиду)» и т.п. Реакции данного типа характерны для подростков с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами.

Суицидальные реакции по типу *«избегания»*. К данной группе относят случаи, когда подросток, находясь в какой-либо трудной, психотравмирующей жизненной ситуации, совершает акт суицида под влиянием эмоциональной боли, переживаний безысходности и беспомощности, тщетности всех усилий по исправлению создавшегося положения (избегание ситуации). Мотивы по типу «избегания» являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50-70% лиц с истинными попытками суицида.

На вопрос: «Зачем Вы это сделали?» такие лица обычно отвечают: «Ситуация была так невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще».

Суицидальные реакции по типу *«самонаказания»*. Данная группа включает случаи, когда подросток совершает суицид под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе.

На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают: «Хотел наказать себя». Самоубийство обычно совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты).

Суицидальное поведение по типу *«отказа от жизни»* - здесь цель и мотивы деятельности полностью совпадают. Мотивом является отказ от существования, а целью является лишение себя жизни: «Я умираю, чтобы умереть». Этот тип суицида связан с потерей личностного смысла своего существования (например, в связи с потерей значимого близкого человека, в связи с тяжелым заболеванием, особенно неизлечимым) и невозможностью исполнять прежние, высоко значимые роли. Такой мотив, как отказ, часто характерен для весьма зрелых, глубоких личностей и может выражать не только отношение к лично невыносимой ситуации, но и философски пессимистическое отношение к миру в целом.

1.3. Механизмы формирования суицидального поведения.

Одним из ключевых психологических механизмов формирования аутодеструктивного поведения является эмоциональная дисрегуляция.

Под эмоциональной дисрегуляцией подразумеваются нарушения нормальной регуляции эмоций. Нарушения эмоциональной регуляции возникают тогда, когда, несмотря на усилия, попытки регулирования эмоций не достигают своей цели, и эмоции, а также поведенческие паттерны, связанные с ними, не изменяются желаемым образом.

Признаками эмоциональной дисрегуляции у подростка могут быть:

- преобладание негативных, болезненных эмоциональных переживаний;
- импульсивность;
- серьезные трудности в регулировании эмоционального возбуждения при достижении целей, не зависящих от настроения;
- эмоциональная опустошенность, бесчувственность при воздействии сильных стрессоров.

При эмоциональной дисрегуляции стратегии регуляции эмоций характеризуются дезадаптивностью — они усиливают нежелательные эмоции и связанное с ними дезадаптивное поведение, что приводит к ухудшению ситуации.

Субъективно переживаемая подростком непереносимость негативных эмоций, чувство острой душевной боли и импульсивные попытки немедленно избавиться от нее приводят его к выбору аутодеструктивных стратегий поведения как способа справиться с сильными эмоциональными переживаниями, избегая при этом прямого столкновения с негативными эмоциями. В связи с этим аутодеструктивное поведение оказывается, с одной стороны, способом быстрого избавления от негативных эмоций и связанного с ними психологического опыта, а с другой стороны — деструктивным способом совладания с трудностями, дающего иллюзию контроля над собой и своей жизнью, иллюзию взрослости и независимости.

Не всегда эмоциональные проблемы указывают на эмоциональную дисрегуляцию: можно испытывать эмоциональные проблемы без нарушения регуляции эмоций. Например, подросток может не осознавать, что эмоцию нужно каким-то образом регулировать, или регулирует эмоции бесполезным, неумелым, неадаптивным способом. Подобная когнитивная беспомощность также может привести подростка к аутодеструктивным действиям, в т.ч., суицидальным, из-за непонимания собственных эмоций и связанных с ними потребностей.

1.4. Типы суицидоопасных реакций.

Амбрумова А.Г. выделяет *шесть типов непатологических суицидоопасных ситуационных реакций*, которые встречаются у психически здоровых лиц в состоянии социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта.

Ситуационная реакция представляет собой оформленный структурированный ответ на ситуационную нагрузку с определенным образом эмоционально окрашенным состоянием и соответствующим ему поведением. Отсюда у разных людей возникают разные реакции на сходные ситуации.

Пессимистическая ситуационная реакция – отчетливое изменение мироощущения с мрачным мировоззрением, негативными суждениями и оценками, с переструктурированием системы ценностей. Риск суицида очень высокий.

Реакция отрицательного баланса характеризуется рациональным подведением жизненных итогов, пессимистической оценкой прожитого и будущего, твердым решением не жить. Риск суицида очень высокий.

Реакция дезорганизации. В ее основе тревожный компонент, выраженные соматовегетативные проявления, чаще по типу кризов, нарушения сна. Характеризуется эта реакция «потерей точки опоры». Реакция идет с сигналом бедствия, высоким суицидальным риском. Возможен выход в быструю реализацию суицида.

Реакция эмоционального дисбаланса. Имеет место отчетливое превалирование гаммы дистимических расстройств настроения, сокращение круга социальных контактов. Риск суицида средней степени.

Реакция демобилизации отличается резкими изменениями в сфере контактов, мучительным переживанием одиночества, безнадежности. Характеризуется душевным дискомфортом, чувством отверженности. Суицидальный риск средний.

Реакция оппозиции характеризуется выраженной экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок, окружающих и их деятельности. Суицидальный риск средний.

Невзирая на уникальность каждого отдельного случая, суициды имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей. Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода, переживание беспомощности и безнадежности, аутоагрессия, искаженное восприятие реальности – заикленность на проблеме («тоннельное зрение»).

1.5. Этапы суицидального поведения.

Предсуицидальный период охватывает промежуток времени от первого появления суицидальных мыслей и побуждений до принятия решения о суициде. Чаще всего он проявляется в подростковом возрасте и у взрослых людей, которые имеют тенденцию к суицидальному поведению в трудных жизненных ситуациях. Этот период является ранней стадией суицидального поведения и может быть проявлением незавершенных суицидальных действий, а также предшествовать суициду.

Период предсуицида характеризуется следующими особенностями: у человека появляются сначала недифференцированные мысли, размышления об отсутствии ценностей жизни, которые выражаются в формулировках типа «жить не стоит, устал от такой жизни», «когда все это кончится?», «достало все!» и тому подобное. Не имеется четкого представления о смерти, но имеется само отрицание жизни. Такие суицидальные проявления бывают свойственны всем людям в тех или иных ситуациях.

Если процесс продолжается, то на следующем этапе предсуицида мы видим пассивные суицидальные мысли, которые характеризуются представлениями, фантазиями на тему лишения себя жизни. Например, «хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться», «хорошо бы заболеть какой-нибудь страшной болезнью!» и тому подобные размышления, выражающие внутреннюю готовность человека к суициду.

Для предсуицидального периода характерно антивитальное переживание - переживание отсутствия ценности жизни.

На следующем этапе предсуицидального периода появляется осознанное желание умереть. Возникает внутреннее суицидальное поведение. Для этого периода характерно *наличие суицидальных замыслов*.

Длительность предсуицидального поведения в подростковом возрасте колеблется от нескольких секунд до нескольких лет. Это создает большие трудности в работе с подростками, так как никогда нельзя предвидеть, с какой скоростью ребенок пройдет этот период и перейдет к следующему.

Период реализации суицидальных намерений включает планирование предстоящего суицида (выбор наиболее приемлемого способа, места, времени совершения суицидального акта), подготовку к нему (завершение всех дел, написание предсмертной записки и проч.), последовательное осуществление суицидальных действий.

Для этого периода характерны суицидальные мысли (замыслы), суицидальные намерения, суицидальная готовность, суицидальные угрозы, суицидальные попытки, заверченный суицид. Внутреннее суицидальное поведение трансформируется во внешнее суицидальное поведение.

Таким образом, предсуицидальный и суицидальный периоды – это этапы, характеризующие подготовку человека к совершению самоубийства в той или иной форме.

Постсуицидальный период охватывает промежуток времени от одного до трех месяцев после совершения суицидальной попытки, если предпринятые суицидальные действия не закончились летальным исходом.

Приведенное описание этапов суицидального поведения в известной степени носит условный характер, поскольку длительность каждого из этапов существенно различается у разных лиц.

2. Возрастные особенности суицидального и аутодеструктивного поведения несовершеннолетних.

Подростковый возраст — период повышенной уязвимости к нарушениям психического здоровья. В пубертатный период с подростком происходят значительные физические и психологические изменения. Интенсивный рост и половое созревание сопровождаются поиском идентичности и потребностью в социализации, что выражается в попытках самоутверждения и самоопределения (Харламенкова, 2007).

Подросток стремится к изменениям, его взросление сопровождается появлением новых возможностей, которые он пытается реализовать через изменение своего внешнего вида, переживание нового, необычного опыта, экспериментирование с разными видами риска, а иногда через использование репрессивных способов воздействия на себя (например, самоповреждения или суицидальные попытки). Те физические и психологические изменения, которые происходят в это время, могут стать источником значительных нарушений поведения, а аутодеструктивность — способом сообщения о внутреннем неблагополучии, а также дезадаптивным способом его преодоления.

Нередко разные виды и проявления аутодеструкции включены в поведение подростка, значительно осложняя процесс его психологического, физиологического и социального развития. Аутодеструктивные действия, направленные на причинение самовреда, служат симптомом кризиса взросления или нарушений психического здоровья подростка, мешая его образованию и социальному взаимодействию.

Согласно А.Г. Амбрумовой и Е.М. Вроно, для подростков с суицидальным поведением характерны следующие черты:

- импульсивность;
- эмоциональная неустойчивость, эксплозивность (взрывчатость);
- повышенная внушаемость;
- несамостоятельность мышления.

Риску суицида подвержены дети и подростки с определенными психологическими особенностями:

- эмоционально чувствительные, ранимые;
- настойчивые в трудных ситуациях и одновременно неспособные к компромиссам;
- негибкие в общении (их способы взаимодействия с окружающими достаточно однотипны и прямолинейны);
- склонные к импульсивным, эмоциональным, необдуманным поступкам;

- склонные к сосредоточенности на эмоциональной проблеме и к формированию сверхзначимого отношения;
- пессимистичные;
- замкнутые, имеющие ограниченный круг общения.

Особенности суицидального поведения подростков:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий суицидальных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте, как правило, воспринимается очень абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийства детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. Депрессивные состояния, которые в подростковый период выражаются иначе, чем у взрослых.

5. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка смерть не означает прекращение жизни. Ребенок думает, что все вернется назад. У подростков понимание и осознание смерти формируется после 18 лет.

Таким образом, подростковый возраст — это тот этап развития, для которого свойственны перемены. Психологические и физиологические особенности и изменения, происходящие в этом возрасте, влияют на формирование представления и отношения ребёнка к смерти.

3. Факторы риска суицидального поведения

3.1. Психическое неблагополучие как фактор риска.

Предшествующие попытки самоубийства увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.

Расстройство личности. С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза. Порядка 80% совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса как проявления результатов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.

Диагноз пограничного расстройства личности может негативно повлиять на подростков в переломный момент развития при переходе во взрослую жизнь (Winograd, Cohen, Chen, 2008). Поэтому важна идентификация факторов, способствующих возникновению, поддержанию или обострению данного расстройства.

В качестве критериев диагностики пограничного расстройства личности в подростковом и юношеском возрасте выделяют признаки эмоциональной дисрегуляции, нарушения идентичности (особенно у девушек), несоразмерно сильный гнев, подозрительность (у юношей), хроническое чувство одиночества, намеренное самоповреждающее поведение и диссоциацию. Подростки с пограничным расстройством личности подвержены риску, связанному с их импульсивностью, приводящей к несчастным случаям, злоупотреблению психоактивными веществами и распространению заболеваний, передающихся половым путем (Sharp, Fonagy, 2015).

Помимо этого, выделяют такие ранние (детские) маркеры, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью и вызывающее оппозиционное расстройство, контроль и принуждение по отношению к объектам привязанности, плохо сформированное чувство Я, враждебное и недоверчивое отношение к миру, агрессия в отношениях, сильные вспышки гнева, аффективная нестабильность (Sharp, Fonagy, 2015).

В основе нарушений при пограничном расстройстве личности лежит эмоциональная дисрегуляция и нарушения способности к пониманию эмоций других людей. Эмоциональные нарушения выражаются в гипер-экспрессивности эмоций (чрезмерном выражении), раздражительности и гневе, аффективной лабильности, неадаптивных копингах, тревожности, неуверенности в себе, депрессивности и подозрительности (Sharp, Fonagy, 2015). У подростков с пограничным расстройством личности инструментом саморегуляции эмоционального состояния могут стать самоповреждения, а также суицидальные мысли и проблемное поведение. Чем раньше подросток начинает повреждать свое тело и чем большая продолжительность самоповреждений, тем большая вероятность развития пограничного расстройства личности во взрослом возрасте (Groschwitz et al., 2015).

Депрессивное состояние, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства. Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.

Подростковые депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью подразделяют на: детский вариант депрессивного синдрома, девиантный, ипохондрический, астенический, вариант с преобладанием типично подростковых симптомов, а также типично-депрессивный вариант синдрома.

Детский вариант наблюдается у суицидентов в возрасте 6-12 лет. Депрессия выражена минимально. Дети становятся менее подвижными, жалуются на утомление, раздражительны, капризны. В играх наблюдается «погребальная» тематика (похороны игрушек и домашних животных; рисунки с изображением могил, гробов; фантазии на тему собственных похорон). Взрослые обычно не обращают на это внимание, и попытки самоубийства оказываются для них полной неожиданностью. Поводом служит незначительный конфликт. Суицидальные попытки травматичны и чаще всего завершены. Повторные суицидальные попытки бывают тогда, когда отсутствует ранняя диагностика и лечение.

Девиантный вариант наблюдается в возрасте 10-14 лет. Отмечается обилие не свойственных ранее подростку различных нарушений поведения - от грубости и конфликтов с домашними до бродяжничества, алкоголизации и сексуальных эксцессов. Такое поведение

создает почву для конфликтов с окружающими, служит поводом для наказания. Увеличивается суицидальная опасность. При своевременной диагностике и адекватной терапии не свойственное ребенку поведение довольно быстро исчезает, и появляется критическое отношение к суициду.

Ипохондрический вариант депрессии встречается чаще в возрасте 12-16 лет. Появляются жалобы на состояние здоровья. Аффект тревожно-тоскливый, с раздражительностью, ощущением покинутости, одиночества. Неприятные ощущения в теле рассматриваются как проявления неизлечимого заболевания. Под предлогом болезни запускается учеба. Затрудняется контакт со взрослыми. «Непонимание» окружающими переживаний подростков создает непереносимые, безвыходные, по их мнению ситуации. Адекватная терапия и помощь психолога способствуют преодолению этих симптомов.

Астенический вариант депрессии характерен для подростков 12-16 лет. Первые признаки: затруднения в учебе, являющиеся причиной психической заторможенности. Исчезают прежние увлечения, интересы, появляется душевная вялость, безынициативность; подростки говорят о скуке и унынии. Может наблюдаться тревога. Сон достаточный, но у подростка ощущение бессонницы. Ребенок продолжает ходить в школу, пытается вести прежний образ жизни, но ему это не удается. Возникают конфликты, которые он принимает слишком близко к сердцу. Суицидальные попытки совершаются не в момент наивысшего эмоционального напряжения, а по прошествии некоторого времени. Риск возникновения повторных попыток очень велик.

Депрессивный синдром с преобладанием типично-подростковых симптомов свойственен подросткам 16-18 лет. Размышления о смысле жизни и сущности смерти приобретают характер навязчивости, бесплодного, депрессивно окрашенного мудрствования. Суицидальное поведение с конфликтами не связано, а является длительным результатом размышлений о жизни и смерти. При неудаче суицид повторяется. Синдром может быть проявлением вялотекущей шизофрении.

Сюда же относится и неудовлетворенность собой, особенно у девочек, которая может быть иногда настолько сильно выражена, что приобретает депрессивную окраску, и незначительная психотравма может повлечь суицид.

Депрессивные состояния с типичной симптоматикой наблюдаются в возрасте 16-18 лет. Характерны тревога, страх, самоуничтожение. Суицидальные попытки совершаются на пике психического напряжения любым способом, удобным в ту минуту. После неудачи тревога и депрессия идут на спад, но это состояние обманчиво. При отсутствии адекватного лечения попытка повторяется. Таким образом, нарушение поведения, снижение успеваемости, конфликтность, капризность, обидчивость бывают проявлением депрессивного синдрома. Взрослые такое состояние оценивают как лень, распушенность, следствие плохого воспитания. Подростков упрекают, стыдят, наказывают. Родители, объединившись с учителями, применяют различные меры воздействия на подростка.

Подобная неадекватная оценка душевного состояния депрессивного подростка создает тяжелейшие конфликтные ситуации и толкает его на самоубийство.

В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. Другим чрезвычайно важным фактором выступает влияние подростковой субкультуры.

3.2. Семейные факторы риска (взаимоотношения в семье).

Неблагоприятная семейная ситуация и развитие в асоциальной и антисоциальной среде. Дети, составляющие «группу риска», выходят из непростых семей, семей, где много агрессии, скрытой или явной. Скрытая агрессия в семье - холодное отношение к ребенку. Это проявляется в дистанцированности, безразличии, ребенку не хватает любви, он не чувствует себя нужным и любимым.

Конфликты и распад семьи: такое изменение как развод может вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.

Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой *жесточкого обращения* со стороны взрослых.

Симбиотические отношения между членами семьи. В таких семьях существует миф от неких особых, «глубоких» отношениях в ней. Попытки подростков установить взаимоотношения вне семьи воспринимаются с враждебностью, негативизмом, обесцениванием.

Наличие психических расстройств в семье, что служит общим фактором дестабилизации семейной системы и хронических искажений семейных коммуникаций.

3.3. Социальные факторы

Психотравмирующий опыт, связанный с насилием, является одной из наиболее сильных предпосылок к формированию различных моделей суицидального поведения у подростков.

Внутриличностные проблемы: слабость самоконтроля и рефлексии, трудности понимания эмоций и управления ими, конформность, склонность к зависимому поведению, импульсивность, избегающий тип поведения, использование неадаптивных стратегий совладания с трудными ситуациями.

Межличностные проблемы: узкий круг социальных контактов и отсутствие социальной поддержки, проблемы в установлении дружеских доверительных отношений, недоверие, избегание сближения или стремление к доминированию и эксплуатации в отношениях с другими людьми, социальная изоляция, одиночество, отчужденность, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.

Также к ним относятся: крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы, иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу.

Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.

Несмотря на многофакторность природы аутодеструктивного поведения, можно выделить факторы, наиболее релевантные для подросткового возраста:

Негативное отношение к телу. Важную роль в развитии аутодеструктивного поведения у подростков играет негативное отношение к своему телу. Через свое физическое тело человек познает себя и взаимодействует с миром. Неудовлетворенность телом приводит к развитию пренебрежительного или даже враждебного отношения к нему и, вследствие этого, недостаточному обеспечению телесной безопасности. Отчужденность и безразличие к телесной безопасности, в свою очередь, приводит к ангедонии — утрате способности получать удовольствие, что может выражаться в повышении болевого порога, т.е. снижении способности чувствовать боль.

Подростки с негативным образом тела чаще повреждают себя при переживании сильных отрицательных эмоций (Muehlenkamp, Brausch, 2011). В основе формирования негативного отношения к телу находятся общественные представления о красоте и «идеальном теле», зачастую совершенно нереалистичные и трудно достижимые для обычного человека.

Таким образом, при негативном восприятии и ощущении отчуждения к собственному телу возрастает риск аутодеструктивного поведения (прежде всего, суицидальные и несуйцидальные самоповреждения), а также риск развития нарушений пищевого поведения.

Социальные медиа. При использовании социальных сетей подростки могут подвергнуться нежелательной рекламе потребления вредных для здоровья веществ (алкоголь, табак, смеси для курения, наркотические и психоактивные вещества), негативному воздействию культурных и медиа-установок на представление о собственном теле среди подростков, а также столкнуться с кибер-преступниками, использующими социальные сети с целью установления контакта с несовершеннолетними. В онлайн-среде может прямо или косвенно поощряться интерес к небезопасным формам поведения и экспериментирование с разными формами риска.

Онлайн-среда и сетевые сообщества могут осложнять имеющиеся проблемы с психическим здоровьем, усиливать психологическую уязвимость подростка — тревожность, недовольство собственной внешностью, подавленность и т.п. — через контент, потребляя который подросток может чувствовать себя преследуемым, находящимся в опасности, одиноким, покинутым, незащищенным. Прямая или скрытая реклама рискованного поведения, травля в сети — это то, что, помимо психологических и психопатологических проблем вызывает действия суицидальной направленности (Польская, Якубовская, 2019).

Буллинг и кибербуллинг. Буллинг определяется как специфический вид агрессии, включающий преднамеренные, повторяющиеся злоупотребления в отношении сверстников, направленные на причинение вреда жертве. Подросток может выступать в роли «булли» — агрессора и в роли жертвы этой агрессии, а также менять данные роли в зависимости от ситуации.

Проявления буллинга в школе включают физическую или вербальную агрессию, запугивание, изоляцию (остракизм), вымогательство, повреждение личного имущества. Агрессоры, как и их жертвы, как правило, больше отвергаются сверстниками, и находятся в большей изоляции в классе. Важную роль в данном случае играет поддержка учителей и организация благополучного микроклимата как в классе, так и в школе в целом.

Общение в социальных сетях может обернуться для подростка кибербуллингом — травлей с использованием электронных форм общения. Кибербуллинг может влиять на развитие депрессии, низкую самооценку, поведенческие проблемы, употребление наркотических веществ, самоповреждения и суицидальные попытки как у жертвы, так и у агрессора.

В исследовании фактов традиционного буллинга и кибер-буллинга было обнаружено, что оба типа буллинга непосредственно связаны с самоповреждением и суицидальными мыслями.

Но наибольший риск в развитии в препубертатном возрасте суицидального мышления и суицидального или самоповреждающего поведения отмечен у жертв или агрессоров/жертв буллинга (Winsper, Lereya, Zanarini et al., 2012).

Насилие в семье. Насилие в семье (эмоциональное пренебрежение, сексуальное, физическое и эмоциональное) влияет на нейрокогнитивное развитие детей. Одним из показателей этого влияния является снижение интеллекта. Домашнее насилие подавляет интеллектуальное развитие ребенка вне зависимости от его пола ребенка и возможных генетических воздействий на уровень интеллекта (Koenen et al., 2003).

Эмоциональное (или психологическое) насилие является одной из наиболее распространенных и сложно идентифицируемых форм жестокого обращения с детьми и подростками и вызывает ухудшение их развития и психического здоровья. Эмоциональное насилие включает в себя как определенные действия в отношении ребенка со стороны родителей, сообщающие ребенку о том, что он бесполезный, дефективный, нелюбимый, нежеланный, находится в опасности и единственная его ценность — удовлетворять потребности других, так и эмоциональное пренебрежение. Эмоционально жестокое обращение присутствует в большинстве случаев физического насилия, но оно может также иметь место при отсутствии других форм насилия.

Наиболее патогенной, нарушающей нормальное эмоциональное и личностное развитие ребенка травмой является сексуальное насилие, особенно в случае, если это насилие совершается родителями. Травмирующие последствия насилия — это травматическая сексуализация, переживание предательства, бесчестия и бессилия. Дети и подростки, пережившие сексуальное насилие со стороны родителей, испытывают значительные проблемы с эмоциональной регуляцией. Подобные состояния оказываются способом прекращения сильных негативных эмоций и страдания, отчуждая ребенка от ощущений и переживания эмоций (Cole, Putnam, 1992).

Все формы насилия в отношении ребенка приводят к рано возникающим моделям аутодеструктивного поведения, которые нередко сочетаются между собой, усиливая и утяжеляя общий ущерб психическому здоровью. Имея в своем основании общий механизм формирования — избавиться от эмоционального напряжения и невыносимых эмоций, снять эмоциональную боль, расслабиться, почувствовать контроль над своими чувствами — аутодеструктивные паттерны могут дополнять друг друга. Как, например, употребление наркотических веществ и незащищенный секс, ограничительные диеты и самопорезы, суицидальные действия и намеренное создание ситуаций с высоким риском для жизни.

В самых неблагоприятных случаях мы можем наблюдать психические, в большинстве случаев депрессивные, расстройства с выходом в суицидальную попытку.

II. Психолого-педагогическая модель работы с обучающимися «группы риска» суицидального поведения.

В образовательной организации, далее ОО, имеется педагог-психолог:

- выявление обучающихся "группы риска", разработка и реализация психолого-педагогического сопровождения (плана работы);
- обращение за помощью в сложных случаях в районный ППМС-центр, организации доп. образования, ГУ ДО ТО "Областной центр "ПОМОЩЬ".

В ОО нет педагога-психолога:

- заключение договора о сетевом взаимодействии с районным ППМС-центром, организацией доп. образования;
- направление обучающегося и его семьи в районный ППМС-центр, организацию доп. образования, ГУ ДО ТО "Областной центр "ПОМОЩЬ";
- выявление обучающихся "группы риска", совместная реализация психолого-педагогического сопровождения (плана работы).



1. Раннее выявление.

1.1. Проведение регионального мониторингового исследования в образовательной организации.

В целях организации работы по профилактике деструктивного поведения несовершеннолетних на основании Положения министерства образования Тульской области, утвержденного постановлением правительства Тульской области № 16 от 29.01.2013 г. и приказов министерства образования Тульской области, начиная с 2017 года ежегодно проводится мониторинг по выявлению стрессовых и депрессивных состояний, суицидальной предрасположенности у обучающихся государственных и муниципальных общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций, расположенных на территории Тульской области.

Выбор в качестве единой методики «Опросник «Антивитальности и жизнестойкость» Сагалаковой О.А., Труевцева Д.В. обусловлен комплексностью диагностики, возможностью при помощи данного инструментария определить стадию развития антивитального поведения (переживания, мысли, действия), а также исследовать индивидуальную систему ресурсов жизнестойкости, так как риск саморазрушительной (антивитальной и суицидальной) активности сопряжен с ослаблением жизнестойкости. При снижении ресурсов жизнестойкости происходит закономерный рост динамики суицидального поведения, имеющего в качестве начальных этапов разные формы антивитальных переживаний, мыслей и поступков.

Жизнестойкость – совокупность навыков конструктивно справляться с кризисной жизненной ситуацией, способность к ее преобразованию, своевременная коррекция притязаний в ситуациях повышенных требований. Жизнестойкость играет буферную (антисуицидальную) роль в случае повышенного влияния эмоций на деятельность и поведение.

Целью мониторинга является выявление несовершеннолетних, нуждающихся в необходимом вмешательстве и комплексной психолого-педагогической помощи, и оценка сдерживающих факторов (жизнестойкости) путем диагностики психологических составляющих антивитального поведения, которые увеличивают риск суицидального поведения.

Задачи, поставленные в ходе мониторинга:

- оценить развитие антивитального поведения (переживаний, мыслей, действий) и индивидуальной системы ресурсов жизнестойкости ребенка, формирующихся в социальной среде (школе, семье, среде сверстников);
- выявить количество несовершеннолетних, входящих в группу риска, у которых обнаружены предпосылки (признаки) депрессивного и суицидального поведения;
- проанализировать структуру «группы риска» с целью выявления у обучающихся наиболее дефицитных зон.

В опроснике «Антивитальность и жизнестойкость» (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.) авторами учтены современные особенности нарушения адаптации и социализации в подростковом и юношеском возрасте. Опросник опирается на методологические положения культурно-деятельностного подхода в психологии (психологические механизмы нарушения опосредствования и регуляции эмоций и поведения, закономерности возрастного развития и др.), а также когнитивно-поведенческий подход (идеи о формировании ранних неадаптивных схем,

дисфункциональных убеждений о себе, окружающем, будущем), исследования взаимосвязи дезадаптации, тревожных расстройств и суицидального риска в молодом возрасте.

Методика диагностирует два параметра — «антивитальность» и «жизнестойкость». Далее данные параметры соотносятся друг с другом. В результате оценивается влияние сдерживающих факторов на вероятность перехода от переживаний и мыслей к антивитальным действиям, собственно вероятность антивитального поведения. Базовые параметры включают шкалы и подшкалы — это индикаторы латентных параметров («антивитальность» включает 8 шкал и «жизнестойкость» — 6 шкал). Методика содержит 72 пункта.

Жизнестойкость

Шкалы жизнестойкости (табл. 1) определяют факторы, сдерживающие антивитальные тенденции, а также выявляют компенсаторные механизмы личности, ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями. Жизнестойкость проявляется в уровне оптимизма в области будущего, способностях к совладанию с затруднениями, конструктивных стратегиях принятия решений (с учетом последствий действий), наличии ресурсов компенсации самооценки в стрессовых ситуациях (социально-психологическая поддержка, отсутствие микросоциального конфликта, способность решать проблемы, удовлетворенность жизнью и реализация актуальных социальных мотивов, направленность личности на достижение успехов в учебе). Наиболее прогностически значимыми факторами, сдерживающими антивитальные переживания и поведение, выступают шкалы «функциональная семья», «саморегуляция», обеспечивающие стабильные и надежные отношения в ближайшем окружении, а также собственные ресурсы личности к саморегуляции и опосредствование эмоций и поведения в стрессовых ситуациях.

Шкала 1. Психологическая поддержка.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют о наличии в ближайшем социальном окружении достаточной социально-психологической поддержки (друзей, педагогов и/или самостоятельных ресурсов совладания). Это ресурсы жизнестойкости, выступающие сдерживающими антивитальные переживания факторами и конструктивными компенсационными механизмами. Укрепление дружеских отношений с другими позволяет до определенной степени компенсировать недостаток поддержки в семье в случае дисфункций семьи.

Составляющие шкалы:

1. Поддержка друзей. Человеку доступны ресурсы в виде надежных и стабильных отношений с друзьями-сверстниками, к которым субъект может обратиться с любой просьбой при наличии затруднений. Наличие поддержки в виде ближайшего окружения сверстников и возможность за ней обратиться в любой момент — значимый «сдерживающий» фактор в подростковом возрасте.

2. Поддержка педагогов. Доступность ресурсов поддержки педагогов и педагогов-психологов. Подросток или юноша понимает, что в трудную минуту может сам проявить инициативу и обратиться за поддержкой к педагогам. Однако, сам факт понимания необходимости обращения к ним за помощью может косвенно сигнализировать о наличии затруднений, с которыми трудно справиться самостоятельно или даже с помощью семьи, друзей-сверстников. К педагогам такой учащийся обратится за помощью в крайнем случае (например, в ситуации острых проблем в семье). Это важный сдерживающий фактор — способность обратиться к компетентному взрослому (вне семьи), однако сама форма просьбы о помощи может быть замаскирована (например, демонстративное или нарочитое поведение) и будет

свидетельствовать о неблагополучии подростка. Если такая просьба в той или иной форме прозвучала от подростка, к нему надо быть очень внимательным, оказать всевозможную поддержку, сохраняя этические принципы в психологии.

3. Оптимизм, «самоподдержка». «Я»-поддержка указывает на стремление и способность подростка самостоятельно преодолевать затруднения в жизни, находить способы, которые помогут конструктивно справиться с проблемами. Самостоятельные возможности совладания связаны с позитивной убежденностью в своих силах и возможностях справляться с трудностями. Шкала представлена способностью подростка строить оптимистичные прогнозы в ситуациях затруднений и активно искать внутренние ресурсы для их преодоления. При высоких баллах по шкале можно говорить о высокой самоэффективности подростка и оптимизме в области затруднений. Однако, данный ресурс не должен исключать навыка обращения за внешней помощью.

Шкала 2. Функциональная семья.

Высокие показатели по шкале образуют наиболее мощный и значимый конструктивный компенсирующий механизм, фактор, сдерживающий антивитаальные тенденции. Это стабильная психологическая поддержка, уважение и любовь членов семьи.

Наиболее значимым фактором, препятствующим возникновению антивитаальных переживаний, мыслей и действий, выступает уважение подростка/юноши членами семьи, учет его мнения при принятии решений, обеспечение стабильных и безусловных отношений, построенных на основе принятия, любви, доброжелательного отношения. Это базовая «глобальная» шкала в структуре качества «жизнестойкость». Уважение и любовь «значимых других» в микросоциальном пространстве — фундаментальная потребность в данном возрасте, фрустрация которой может приводить к серьезным последствиям для психики молодежи. Наличие в опыте таких ресурсов позволяет подростку быть психологически защищенным при столкновении с затруднениями, формируя уверенность в своих силах и стабильную позитивную самоидентичность.

Функциональная семья — это благополучная семья, основанная на доверии и уважении членов семьи друг к другу, на понимании неизменности этих отношений даже в условиях разногласий. В такой семье подросток/юноша всегда знает, как относится к нему родитель. Доверяя членам семьи, он будет стремиться решить свои проблемы сообща и конструктивно. Функциональная семья обязательно учитывает мнение, интересы и увлечения младших членов семьи, даже если до конца их не разделяет. Уважение мнения и точки зрения подростка и учет его позиции при принятии разных решений, готовность выслушать и поддержать в трудную минуту — это базовый ресурс, наличие которого обеспечивает адаптацию, формирует самоидентичность и самоэффективность молодежи. Только получая любовь и уважение семьи, готовой взаимодействовать с ним «на равных», такие подростки и юноши и сами гордятся членами семьи и уважают своих родителей. Они способны к диалогу (как внешнему, так и внутреннему), обнаруживают большую когнитивную сложность в оценке ситуаций, принимают более обдуманные решения, они субъективно более удовлетворены жизнью и с оптимизмом смотрят в будущее.

Шкала 3. Удовлетворенность жизнью.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют об удовлетворенности учебной деятельностью, социальным положением в группе, жизнью в целом. Этот ресурс указывает на субъективный психологический комфорт, удовлетворенность или наличие возможности

реализации актуальных социальных потребностей (в принятии, в общении со сверстниками, признании, успехе и самореализации). Удовлетворенность в этих сферах жизни обеспечивает переживание положительных эмоций, реализацию мотивов, отсутствие психического напряжения. Как правило, взаимосвязана со шкалой «функциональная семья». Выступает значимым сдерживающим фактором.

Шкала 4. Стремление к успеху.

Высокие показатели характеризуют субъекта как стремящегося к успеху и признанию, самосовершенствованию. Характерны черты перфектного стиля обучения, сопровождаемые инициативностью и социальной смелостью в академических ситуациях (готовностью высказать точку зрения, выступить перед аудиторией, несмотря на возможное волнение). Социальная смелость и перфектность в обучении выступают компенсирующими ресурсами, обеспечивая целеустремленность человека, однако при фрустрации данной значимой потребности возможен рост эмоционального напряжения.

Шкала 5. Саморегуляция/Планирование.

Высокие показатели по данной шкале свидетельствуют о склонности к рациональному планированию в сочетании с гибким анализом разных способов, анализу последствий своих действий. Саморегуляция обеспечивает сформированность психологических средств для управления настроением и эмоциями. Субъект способен опосредовать сложные эмоции и переживания, оттормаживать импульсивные реакции, действовать с учетом прогнозирования. Саморегуляция и планирование противоположны импульсивному реагированию, ситуативному поведению под влиянием эмоций и служат значимым ресурсом, обеспечивающим произвольный характер деятельности и поведения, в том числе в стрессовых ситуациях. Характерны самоконтроль, взвешенные суждения и стратегическая логика при принятии решений.

Шкала 6. Позитивный образ будущего.

Высокие показатели по шкале свидетельствуют о целеустремленности и позитивном образе будущего, надежде на успех и достижение в перспективе. У подростка/юноши есть жизненная цель, он ожидает получить успех и признание в будущем, склонен к тому, что в перспективе его ждет больше хорошего. Оптимистичность прогнозов будущего обеспечивает ресурс совладания с трудными жизненными ситуациями, выступает «сдерживающим» фактором.

Антивитальность

Шкалы «антивитальности» определяют наличие антивитальных (направленных против биологических потребностей в продолжении жизни и поддержании здоровья) переживаний, мыслей и действий. Антивитальная направленность личности (переживания, мысли и действия) формирует антивитальный вектор активности (антивитальное поведение), связанный с неблагоприятной ситуацией социального развития, несформированностью и/или истощением собственных ресурсов компенсации самооценки, совладания с трудной жизненной ситуацией (конструктивного преодоления проблем). Наиболее значимыми предикторами риска антивитального или суицидального поведения (направленного не только на причинение ущерба здоровью и риск, но и на лишение себя жизни) выступает наличие микросоциального конфликта (дисфункциональная семья, не обеспечивающая стабильных отношений на основе уважения и любви, а также конфликтные отношения и психологическая травля среди сверстников). Наличие убеждений о себе как «лишнем», о собственной беспомощности перед препятствиями, окружающих как равнодушных или «способных предать», а о будущем как неопределенном и негативном способствует формированию антивитального поведения. Тревожные руминации

(постситуативное обдумывание опыта неуспеха и фиксированный мысленный возврат к деталям ситуации наряду с невозможностью переключиться на другую деятельность) в контексте общего психологического неблагополучия провоцируют циклический рост эмоционального напряжения. Это истощает ресурсы психики и повышает вероятность импульсивного поведения, непосредственного эмоционального реагирования в определенный момент. Чем дольше цикл накопления эмоционального напряжения, тем вероятнее, что даже объективно незначительный повод может выступить «сверхстимулом» — пусковым механизмом антивитального или суицидального поведения.

Шкала 1. Антивитальные мысли и действия.

Шкала антивитальных мыслей и действий прогностически наиболее значима с точки зрения антивитального/суицидального риска. Включает уже не только смутные переживания, но и вполне определенные мысли и действия, имеющие саморазрушительный, аутоагрессивный характер, направленный против биологических потребностей человека. Характеризует готовность к причинению вреда своему здоровью (боль, повреждения, риск/ущерб) по тем или иным причинам. Может свидетельствовать о том, что в персональном опыте испытуемого уже есть антивитальные поступки, либо выработаны антивитальные намерения. Свидетельствует о несформированности конструктивных стратегий совладания с трудными ситуациями, о наличии неблагополучия, микросоциальном конфликте, неудовлетворенности актуальных социальных мотивов, нереализованности, нарушении самоидентичности, о высоком уровне психического напряжения (накопленный аффект). Чем выше показатели по этой шкале, тем вероятнее, что «пусковым» стимулом к антивитальным действиям может послужить любой, даже объективно незначительный стрессор.

Подшкалы:

1. Антивитальные мысли. Обдумывание и подготовка к антивитальным действиям (нанесению повреждений, уходу из жизни).

2. Антивитальные действия. Возможен риск ущерба здоровью или суицидальный риск (нанесение повреждений, причинение физической боли, самовреда, рисковое по отношению к здоровью поведение) как совладание с накопленным эмоциональным напряжением (в силу хронического микросоциального конфликта и невозможностью преодолеть фрустрирующие проблемы, вырваться из неблагополучной ситуации).

3. Импульсивность поведения. Неспособность справиться с сильными эмоциями, непосредственность реагирования в ситуации, действие под влиянием накопленного эмоционального напряжения, в результате чего каждое последующее событие может становиться пусковым «сверхстимулом», несмотря на его объективную нейтральность.

4. Демонстративность.

Шкала 2. Антивитальные переживания.

Шкала — предиктор антивитального поведения, нулевая стадия антивитального поведения и направленности личности в виде переживаний потери смысла жизни, собственной ненужности/заброшенности, симптомов депрессии. Подросток/юноша задумывается о том, что будет, если он исчезнет, его жизнь обесценивается (пока это пассивные мысли без активных действий или приготовлений), теряется осмысленность жизни, уплощается временная перспектива (будущее расплывчато, настоящее проходит мимо). Характерны переживания ненужности даже близким людям, одиночества среди других людей. Возможно переживание сильных негативных эмоций, которые истощают психические ресурсы (обида, отчаяние,

«душевная боль»), поскольку не находят путей опосредования и переключения. Характерно переживание беспомощности и неспособности справиться с навалившимися трудностями, пессимистичная оценка себя и своего будущего, восприятие окружающих как равнодушных и непонимающих. Данный параметр предшествует антивитальному поведению и мыслям и может сопровождать его. Как правило, данная шкала связана с высокими показателями по шкале «микросоциальный конфликт».

Подшкалы:

1. Негативный образ настоящего и будущего. Характерно восприятие будущего как неопределенного или негативного, настоящего как «проходящего мимо». Молодой человек не чувствует себя субъектом ситуации и не может повлиять на события. Отсутствие позитивной перспективы влияет на то, как подросток или юноша ведет себя в настоящем. Нет сдерживающего фактора «психологической перспективы». Поведение в настоящем не регулируется образом будущего, жизнь субъективно обесценивается.

2. Заброшенность. Подросток/юноша чувствует, что он никому не нужен, что он «лишний» в кругу сверстников. Атрибуция внешнего безразличия постепенно становится «внутренним» самоотношением. После переживания обиды на других может формироваться равнодушие к самому себе, своему будущему и здоровью. Характерна убежденность, что «никто не понимает», «не сопереживает», «не стремится помочь». Не свойственен навык просьбы о помощи и активности, направленной на преодоление проблем (вероятно, в результате усиления депрессивных симптомов, истощения ресурсов психики и организма в условиях хронической неблагоприятной ситуации развития). Формируются убеждения: «Я — лишний», «Я — мешающий другим, осложняющий жизнь другим».

3. Беспомощность. Переживание психологической беспомощности (убежденности в том, что препятствия непреодолимы, от собственных усилий ничего не зависит, любые действия не приведут к результату). Характерны когнитивные искажения (фокусировка на препятствиях, беспомощность, сравнение с другими не в свою пользу, уверенность в непреодолимости ситуации, сверхобобщение проблем).

4. Неопосредованность эмоций. Характерно накопление сильных негативных эмоций, не находящихся своего опосредования, не всегда понятных самому человеку. Не сформированы конструктивные способы преодоления стрессов, совладания с негативными переживаниями, механизмы компенсации самооценки в ситуациях негативного оценивания. Подросток или юноша испытывает сильные эмоции и не может их опосредовать, не способен переключиться на другие виды деятельности. Деятельность становится неэффективной, продолжает расти напряжение в психической деятельности. Такие переживания приводят к нарушению адаптации, мешают сосредоточиться на учебе. На первый план выступает переживание обиды, отчаяния, субъект переживаний страдает и не знает, как с этим справиться. Осложняет проблему то, что, чем дольше он находится в таком состоянии, тем больше появляется объективных проблем (например, в учебе), тем вероятнее, что данные эмоции найдут свое «импульсивное» воплощение в антивитальном поведении.

Шкала 3. Страх негативной оценки.

Характеризует страх негативного оценивания сверстниками («Я» и своей внешности), актуальный для современной молодежи, чья социализация сопряжена с постоянным оцениванием и высокой вероятностью ситуаций критики, осмеяния, отвержения, буллинга по любым формальным признакам, отличающим человека от других. Такие ситуации

воспринимаются молодыми людьми болезненно, служат основой разных форм дезадаптации. Гелотофобия (страх осмеяния) и дисморфофобия (психологически тягостные убеждения о дефектах внешности) могут значительно снизить удовлетворенность жизнью и собой, привести к избеганию участия в ситуациях социального взаимодействия, к нестабильности самооценки, фрустрации значимых социальных мотивов, к нарушению адаптации. Данная шкала связана с социальной тревогой как страхом негативного неодобрительного оценивания другими. Гелотофобия и дисморфофобия могут быть связаны с неуверенностью в себе, могут приводить к постепенному расширению диапазона ситуаций, в которых переживаются страх и тревога, и к усилению тенденции к изоляции. Подобные переживания могут служить основой для формирования антивитаальных переживаний. Возможен опыт публичных насмешек или негативной оценки внешности, что служит «пусковым» механизмом развития данных опасений.

Подшкалы:

1. Гелотофобия (или страх осмеяния) связана:

1) с повышенной предготовностью к восприятию насмешек/смеха окружающих как относящихся к собственной персоне, к оценке другими своих качеств глобально (персонификация и глобализация значения насмешек);

2) с субъективной непереносимостью подшучиваний и насмешек, наличием опыта публичного осмеяния. Насмешки сверстников долго помнятся, переживаются тяжело, так как выступают субъективным фрустратором социальных мотивов в самореализации, уважении, принятии другими.

2. Дисморфофобия характеризует значимость оценивания внешности, неуверенность в собственной привлекательности, связь самооценки с оценкой внешности и убеждениями о недостаточной привлекательности собственной фигуры и внешности, представления о потенциальном сосредоточении других на данных недостатках и их негативном оценивании.

Шкала 4. Микросоциальный конфликт.

Характеризует микросоциальный конфликт в разных сферах жизни (семья, группа сверстников, педагоги). Наличие микросоциального конфликта, особенно в семье, выступает значимым предиктором антивитаального поведения. В дисфункциональной семье подросток/юноша не может получить любовь, уважение и стабильную поддержку, чувствует фрустрацию возрастных потребностей, что может провоцировать нарушение позитивной самоидентичности, тенденции к асоциальному или аутодеструктивному поведению, приводить к личностным аномалиям. Микросоциальный конфликт в семье — базовый предиктор антивитаального поведения. Конфликты со сверстниками включают ситуации психологической травмы (издевательства, насмешки), которые переживаются очень болезненно, так как связаны с фрустрацией ведущих мотивов. Конфликты с педагогами, как правило, выступают последним звеном в микросоциальном конфликте, они связаны с нарушением правил образовательного учреждения, демонстративным обесцениванием нормативов уважительного отношения к другим

Подшкалы:

1. Конфликт в семье. Характеризует дисфункциональность семьи, неспособной обеспечить лицам подростково-юношеского возраста стабильные позитивные отношения на основе уважения, любви, терпимости, партнерства и диалога. Хронический конфликт в семье служит основой неблагополучия подростка/юноши, формирования у него неустойчивой или негативной самоидентичности, импульсивного поведения, накопления негативного эмоционального напряжения, разочарования в жизни.

2. Конфликт в группе сверстников. Конфликты со сверстниками включают ситуации психологической травли (издевательства, насмешки), которые переживаются болезненно, так как связаны с фрустрацией ведущих мотивов актуального возраста. Опыт издевательств среди сверстников — один из важных предикторов антивиталяного поведения.

3. Конфликт с педагогами. Конфликты с педагогами, как правило, выступают последним звеном в микросоциальном конфликте, выражаются в нарушении правил, обесценивании нормативов уважительного отношения к другим. В основе конфликтов в школе/учебном заведении — неуверенность в себе, фрустрация социальных мотивов в признании и уважении в семье и среди сверстников, несформированность внутренних регуляторов негативных эмоций и импульсивного поведения, наличие острого и хронического конфликта в семье.

Шкала 5. Одиночество, недоверчивость.

Характеризует подозрительность и недоверчивость к другим, отстраненность от общения в силу представлений о других как способных причинить вред, предать. При такой системе убеждений субъект не ищет помощи и поддержки в трудной ситуации, склонен решать проблемы в одиночку, он чувствует себя одиноко, но недоверие к другим не позволяет ему непосредственно общаться с другими. Вероятно наличие в прошлом или настоящем опыта предательства/жестокости обращения, сформировавшего недоверие к другим. Склонность действовать в одиночку наряду с переживанием одиночества может служить предиктором антивиталяных действий.

Шкала 6. Вредные привычки.

Шкала характеризует вредные привычки, которые используются с целью реализации значимых социальных мотивов (в признании и принятии другими, в коммуникации). Такие способы реализации социальных мотивов личности могут быть использованы в результате несформированности более конструктивных способов совладания с напряжением в социальных ситуациях (курение «за компанию», алкоголь, «чтобы снять напряжение»). Неблагоприятный фактор в контексте повышения вероятности импульсивного поведения в ситуации стресса.

Шкала 7. Тревожные руминации.

Шкала связана с тревогой, сопровождающейся ригидной фиксацией на негативных аспектах прошедших ситуаций. Характеризует мысленное «застревание» на событиях, в которых не был достигнут образ успешного выполнения задания. Тревожные руминации — навязчивое воспроизведение в мыслях неудач или беспокоящих событий. Такие руминации сказываются на том, что человек воспринимает ретроспективные события, фокусируясь на негативном (не хватило времени, неудача). Затруднение переключения на другие виды деятельности может способствовать накоплению психического напряжения, повышая вероятность срыва деятельности/декомпенсации.

Шкала 8. Склонность к асоциальному поведению.

Характеризует склонность к асоциальному поведению, нарушению правил. Характерны представления о других как о «способе» удовлетворения собственных потребностей. Ценность другого человека снижена, сопереживание не характерно. Возможна склонность к манипулированию другими, использовать их в своих целях, самоутверждаться за их счет. В конфликте характерна внешне агрессивная реакция. При выраженных показателях по шкале человек не склонен переживать чувства вины или стыда за асоциальное поведение, наоборот, он получает удовольствие от нарушения запретов.

Тестирование позволяет не только получить диагностическую информацию, но и обратить внимание обучающегося на те ресурсы и психологические средства, которые можно использовать при столкновении со стрессорами, в том числе, в ситуациях социального оценивания, фрустрации самооценки. Согласно обратной реакции после тестирования, психологическая диагностика способствовала психоэдукативному и отчасти терапевтически-рефлексивному эффекту, что также является задачей формирования жизнестойкости. Если тестируется школьник, то в вопросах, содержащих условие «школа/учебное заведение», в бланке опросника остается понятие «школа» («учебное заведение» удаляется), если другое учебное заведение — наоборот.

Таким образом, образовательные организации, принявшие участие в данном мониторинге, смогут определить «группу риска» подростков и по результатам психодиагностического обследования выстроить с ними профилактическую работу с учетом индивидуальных особенностей конкретного обучающегося.

1.2. Анализ «группы риска»

По результатам мониторинга специалистам психолого-педагогического сопровождения необходимо проанализировать структуру «группы риска» и выделить наиболее дефицитные зоны и соотношение показателей шкал «антивитальности» и «жизнестойкости». Значительными показателями риска суицидального поведения являются следующие шкалы: «антивитальные мысли и действия», «антивитальные переживания», «наличие конфликтов», «одиночество/недоверчивость», «тревожные руминации» и «несформированность позитивного образа будущего».

Таким образом, целесообразно выделить 3 группы обучающихся, для которых психолого-педагогическое сопровождение будет включать в себе следующие задачи:

	1 группа	2 группа	3 группа
	Высокие показатели шкал антивитальности и низкие показатели шкал жизнестойкости	Высокие показатели шкал антивитальности при нормативной выраженности шкал жизнестойкости	Снижение показателей шкал жизнестойкости при допустимой выраженности шкал антивитальности
Задачи психолого-педагогической работы	<ol style="list-style-type: none"> Освоение навыков преодоления трудных жизненных ситуаций; Повышение факторов жизнестойкости; Обучение копинг-стратегиям; 	<ol style="list-style-type: none"> Актуализация ресурсных возможностей (факторов жизнестойкости); Обучение навыкам ответственного отношения к своей и чужой жизни; 	<ol style="list-style-type: none"> Регуляция и снижение зависимости в социальном одобрении. Формирование культуры достижений. Развитие независимости и

	<p>4. Работа по изменению социальной ситуации развития.</p>	<p>8. Снижение импульсивности, обучение навыкам оценки риска; 9. Работа по изменению социальной ситуации развития</p>	<p>ответственности за свою жизнь. 4. Развитие коммуникативных навыков. 5. Обучение самопрезентации</p>
--	--	--	--

Особое внимание следует обратить на обучающихся, находящихся в кризисном состоянии, нуждающихся в неотложном оказании психологической помощи. Важно оценить имеющиеся ресурсы по оказанию психологической помощи ребенку в кризисной ситуации. В сложных случаях психолог или администрация ОО могут самостоятельно инициировать обращение за помощью в иные организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи.

1.3. Анализ наличия/отсутствия маркеров антивитального поведения обучающихся методом наблюдения.

Истинный суицид часто зреет в сознании подростка и никак себя не проявляет. Тем не менее, подростки, намеревающиеся совершить самоубийство, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, жалуются на беспомощность, взывают о помощи, поддержке, ищут возможности спасения. Существуют характерные признаки такого сообщения. Их распознавание является незаменимым способом раннего выявления и профилактики суицидов.

Наиболее общими маркерами суицидального поведения являются вербальные, эмоциональные, поведенческие и ситуационные.

Вербальные маркеры:

Подросток «уходит в себя», заиклен на своем состоянии, при этом:

- прямо и явно говорит о смерти: «Я подумываю о самоубийстве», «Было бы лучше умереть», «Я не хочу больше жить», «Я собираюсь покончить с собой»;
- косвенно намекает о своем намерении: «Вам не придется больше обо мне беспокоиться», «Мне все надоело», «Они пожалеют, когда я уйду», «Я больше не буду ни для кого обузой»; «Тебе больше не придется обо мне волноваться» и т.д.;
- много шутит на тему самоубийства;
- многозначительно прощается с другими людьми, в речи встречаются фразы, подразумевающие недосказанность, скрытый смысл;
- проявляет нездоровую заинтересованность вопросами смерти;
- появляются разговоры о собственной ненужности;
- обсуждает варианты ухода из жизни;
- теряет перспективы будущего, отрицает ценность жизни;
- отрицает проблемы.

Поведенческие маркеры:

Подросток может:

- раздавать вещи, имеющие для него большую личную значимость, другим людям; приводить в порядок дела; мириться с давними врагами, обидчиками;

- демонстрировать радикальные, резкие перемены:
 - в поведении (то эйфория, то отчаяние на фоне неизменной социальной ситуации; иногда внешнее облегчение состояния);
 - в еде (ест слишком мало или слишком много);
 - во сне (спит слишком мало или слишком много; изменяется суточный ритм, то есть, бодрствование ночью и сон днем);
 - во внешнем виде (становится неряшливым; не соблюдает правила личной гигиены и ухода за внешностью);
- проявлять потерю интереса к увлечениям, спорту, школе (пропуски уроков, отказ выполнять домашние задания, избегание общения с одноклассниками и т.д.);
- выражать интерес к теме смерти на страницах социальных сетей, на полях тетрадей, в рисунках, в музыке и литературе (рисунки, фото кладбищ, изображений умерших, человека-суицидента; повторное прослушивание унылой, печальной музыки и песен и т.д.);
- проявлять раздражительность, угрюмость, находиться в подавленном настроении большую часть времени;
- замкнуться от семьи и друзей (несвойственная тяга к уединению, самоизоляция от близких);
- быть чрезмерно деятельным или, наоборот, безразличным к окружающему миру;
- проявлять признаки беспомощности, безнадежности, отчаяния;
- неоднократно обращаться к теме смерти;
- проявлять недостаток жизненной активности, вялость и апатию;
- увеличить употребление алкоголя и/или наркотиков;
- проявлять неспособность сконцентрироваться и принимать решения, смятение;
- стремиться к безрассудным действиям и поступкам;
- иметь в прошлом суицидальные попытки;
- чувствовать ощущение бесполезности, иметь низкую самооценку.

Ситуационные маркеры:

Подросток может решиться на самоубийство, если:

- социально изолирован (не имеет друзей или имеет только одного друга), чувствует себя отверженным;
- живет в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье - в отношениях с родителями или родителей друг с другом; семейные неурядицы); алкоголизм - личная или семейная проблема;
- является или ощущает себя жертвой насилия - физического, сексуального или эмоционального;
- предпринимал раньше попытки суицида;
- имеет склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершалось кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
- перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, любимого человека, особенно родителей или близких родственников);
- перенес развод родителей;
- слишком критически настроен по отношению к себе;
- недавно поменял место жительства;

- имеет или возможны неприятности с законом;
- реальные или надуманные проблемы в школе;
- социальная изоляция, особенно от семьи или друзей;
- хроническая, прогрессирующая болезнь;
- нежелательная беременность.

Ситуации- катализаторы:

Ситуация-катализатор, которая может стать «последней каплей», внезапно спровоцировать суицид, есть у каждого ребенка (как и у взрослого) с любой степенью суицидальной готовности. Педагогу важно знать о таких ситуациях в жизни детей, которые находятся в группе суицидального риска, и иметь представление, как можно такие ситуации предотвратить или минимизировать их разрушительное воздействие на психику ребенка.

Наиболее частые ситуации-провокаторы:

- затяжной буллинг (травля, отвержение);
- проблема + отсутствие поддержки со стороны значимых людей;
- проблема + неуверенность в себе, низкая самооценка;
- резкая смена социального статуса;
- внезапные неудачи;
- острое переживание ситуации позора, унижения, особенно публичного;
- внезапные изменения в жизни (развод родителей, потеря значимого человека и т.д.);
- страх наказания;
- длительное ожидание (страх) неудачи + заниженная или завышенная самооценка;
- затяжной или, наоборот, внезапный острый конфликт с друзьями, сверстниками, родителями и другими значимыми людьми.

Важно помнить, что просто наличие маркеров суицидального поведения самих по себе (одного или нескольких) абсолютно не показатель того, что у ребенка имеются суицидальные намерения. Более того, возможны ситуации, когда при наличии 5-6 маркеров, суицидальных намерений у ребенка нет. Именно поэтому к проблеме необходимо подходить комплексно, совмещая различные методы раннего выявления детей «группы риска»: наблюдение, беседа с педагогами и обучающимися, психодиагностическое обследование и т.д.

1.4. Сбор дополнительных сведений

Сбор дополнительных сведений об обучающихся, вошедших в «группы риска» по результатам мониторинга с привлечением классных руководителей, социального педагога, родителей.

Дополнительные сведения включают в себя:

- получение необходимой предварительной информации о состоянии/поведении обучающегося;
- сбор анамнеза, изучение социальной ситуации и условий развития ребенка;
- определение характера взаимоотношений обучающегося с одноклассниками/друзьями и педагогами;
- выявление конфликтных ситуаций, случаев буллинга;
- мониторинг социальных сетей обучающегося;
- определение референтной (значимой) группы для подростка;

- информацию о степени включенности сверстников/одноклассников в ситуацию (что-либо говорили, знали, обсуждали, слышали);
- исследование семейной ситуации, подготовка к встрече с родителями.

2. Консультативная деятельность.

Основные задачи консультативной деятельности специалиста в рамках работы с «группой риска»:

- оказание помощи обучающимся и их родителям по вопросам организации психолого-педагогического сопровождения, профилактики и коррекции суицидального поведения;
- обеспечение получения детьми и их родителями социально-психологической помощи, выходящей за рамки образовательной организации при отсутствии школьной психологической службы.

Важно информировать узкий круг лиц (администрацию, классного руководителя, родителей), который может повлиять на принятие мер по снижению риска о том, что обучающийся включен в «группу риска».

Целью первичного консультирования является знакомство обучающегося и/или его родителя (законного представителя) с результатами мониторингового обследования, обозначение актуальной для подростка проблемы, сбор необходимой информации о путях и способах её решения, создание условий для осознания информации родителями (законными представителями) и самим ребенком.

На этом этапе специалисты психолого-педагогического сопровождения обсуждают со всеми заинтересованными лицами (родители, педагоги, обучающиеся) возможные варианты решения проблемы, анализируют позитивные и негативные стороны разных решений, строят прогнозы эффективности, помогают выбрать различные методы профилактики и коррекции.

Важно проявить внимание к любым способам решения проблемы, которые называет сам ребенок, не высказывая оценочных и критических суждений. Стимулирование такого рода активности — одна из важнейших задач правильно организованного процесса сопровождения.

После того, как выбор способа решения проблемы состоялся, важно распределить обязанности по его реализации, определить последовательность действий, уточнить сроки исполнения и возможность корректировки плана психолого-педагогического сопровождения. В результате разделения функций возникает возможность для самостоятельных действий по решению проблемы как у ребенка и его родителя, так и у педагога.

Важно помнить, что родитель наряду с обучающимся является и субъектом, и объектом сопровождения, поэтому система профилактических мероприятий строится с учетом психологических и социальных возможностей семьи.

Содержание консультирования родителя (законного представителя) должно в себя включать:

- установление с родителем доверительных отношений, способствующих продуктивному диалогу, совместную выработку и реализацию плана профилактической и коррекционной работы;
- анализ способностей ближайшего окружения помочь ребенку;
- выявление характера взаимоотношений членов семьи;

- выявление и преодоление возможных конфликтов, нарушений детско-родительских отношений;
- оценка и создание условий для развития и самовыражения ребенка;
- определение и при необходимости формирование конструктивной модели семейного воспитания;
- выявление имеющихся и необходимых ресурсов для преодоления актуальных проблем и суицидального риска.

Содержание консультирования обучающихся должно в себя включать:

- установление с подростком доверительных отношений, способствующих выстраиванию диалога, направленного на осознание и преодоление сложившейся ситуации;
- определение актуального психоэмоционального состояния ребенка;
- выявление характера взаимоотношений обучающегося с родителями, сверстниками, педагогами;
- выявление и преодоление возможных конфликтов, нарушений детско-родительских отношений;
- выявление референтной (значимой) для ребенка группы, исключение её негативного влияния на подростка;
- анализ адекватности оценивания ребенком ситуации, в которой он находится (неблагоприятная, кризисная ситуация, риск суицидального поведения);
- предоставление подростку возможности быть непосредственным участником в выборе методов и способов разрешения актуальных проблем;
- оказание психологической поддержки, стабилизация эмоционального состояния обучающегося.

Во время общения с подростком важно:

- иметь в виду, что не рекомендуется приглашать на беседу подростка через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи). При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался);
- учитывать, что нотации, уговаривания, менторский тон речи не эффективны и вредны (это лишь убедит подростка, что взрослый, который с ним разговаривает, его не понимает);
- не осуждать и не проявлять сильные негативные эмоции в адрес подростка, ни в коем случае не обсуждать его проблему в классе и при других учениках;
- в беседе избегать невыполнимых обязательств, давать ложные обещания, вступать в «сделки»;
- избегать принятия решений «вместо» подростка, наставляя и заставляя его совершать определенные действия.

Ниже приводятся рекомендации и алгоритмы проведения беседы с родителями (законными представителями) и обучающимися, включенными в «группу риска», а также стратегии поведения специалиста сопровождения в сложных случаях, возникающих при консультировании ребенка.

2.1. Консультация с родителем

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ РЕБЕНКА «ГРУППЫ РИСКА»



Цель



профилактика, предотвращение, недопущение суицида, сбор сведений, помощь ребенку и его семье.

При беседе:

- Не пугайте и не упрекайте
- Разделяйте ответственность с родителем (совместные действия)
- Дайте родителям понять, что Вы (школа) не оставляете их один на один с проблемой.
- Не сообщайте о результатах и предположениях другим педагогам и родителям
- Не ставьте диагноз, вы не врач.
- Не используйте сложные и прямые термины

Важно



Запишите дату Вашей встречи, суть договоренностей, сохраните Ваш исходящий звонок родителям. В сложной ситуации возьмите распечатку исходящих звонков с Вашего телефона, чтобы иметь доказательства того, что Вы с родителями общались, созванивались, обсуждали проблему и предлагали помощь психолога. В самом худшем случае при совершении попытки или завершенного суицида Вам придется доказывать, что Вы не бездействовали.

Алгоритм

1. Пригласить родителей в школу (не желательно сообщать по телефону).
2. Сказать о том, что поведение ребенка, включая внешний вид и психическое состояние, схоже с суицидальным. Рассказать, какие признаки суицидального поведения существуют, о последствиях бездействия.
3. Рассказать родителю, почему Вы сделали такие выводы, сказать, что Вы очень озабочены и пригласили родителей, чтобы обсудить план помощи ребенку.
4. Поговорить с родителем о возможных причинах необычного для ребенка поведения, назвать основные причины.
5. Расспросить родителей о том, замечали ли они ранее признаки суицидального поведения, высказывал ли ребенок мысли о нежелании жить, были ли попытки, угрозы и т.д..
6. Предложить родителям вместе с Вами наблюдать за ребенком и отмечать все происходящие с ним изменения, рассказать, на что нужно обратить внимание и обязательно держать связь с Вами, чтобы вовремя принять решение об экстренной помощи (вплоть до госпитализации), если необходимо.
7. Предложить родителю создать дома безопасную среду, изменить манеру общения с ребенком, больше с ним разговаривать, интересоваться его делами, по возможности снизить нагрузку на психику ребенка, переключить его с негативных мыслей на позитивные (спланировать совместную поездку или выходные вместе и т.д.), не оставлять надолго в одиночестве.
8. Предложите родителям обратиться к школьному психологу (если случай не критический), и к специалистам в Вашем населенном пункте, заранее выяснив, где такие имеются, возможна в т.ч. консультация педиатра или невролога. Возможно, врач сочтет нужным назначить терапию, направленную на снятие психоэмоционального напряжения, даст направление на консультацию к эндокринологу для выявления наличия/ отсутствия проблем в гормональной сфере, влияющих на саморегуляцию и поведение, эмоции ребенка.
9. Определите с родителями конкретные действия, меры, которые предпримут они и вы (школа), определите сроки, когда вы это сделаете, договоритесь быть на связи (если ситуация сложная) или периодически общаться до момента решения проблемы.
10. Расскажите родителям, как правильно себя вести в экстренной ситуации, что говорить ребенку, как реагировать.

2.2. Консультация с обучающимся.

КОНСУЛЬТАЦИЯ/БЕСЕДА С РЕБЕНКОМ «ГРУППЫ РИСКА»



Цель



профилактика,
сбор сведений,
недопущение
реализации
суицидального
намерения

При беседе:

- Не бойтесь оказаться некомпетентным, усугубить ситуацию.
- Помните пока проблема никуда не исчезла, ребенку нужна помощь.
- Помните ваша задача не «вылечить» ребенка, а помочь решить его проблему.
- Не говорите о безысходности, не обещайте невозможное
- Если Вы растерялись и не знаете, что говорить, или ребенок отказывается говорить, будьте рядом («отзеркаливайте ребенка») - повторите его позу, его темп речи и интонации, ритм движений).
- Если ребенок плачет, не мешайте, дайте психическому напряжению выйти.
- Если ребенок хочет говорить, не мешайте, слушайте. Вашего активного слушания - кивания, сочувствия, выражение сострадания часто достаточно, чтобы помочь ребенку почувствовать облегчение.

СТРАТЕГИИ ДЛЯ СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЙ

Ситуация: Ребенок не идет на контакт, но и не уходит (молчит, не смотрит в Вашу сторону)

Правильная стратегия: Говорите сами. Задайте несколько вопросов. Подождите ответа, не торопите. Начните говорить о себе (о том, что когда-то переживали схожие чувства). Дайте ребенку понять, что были в аналогичной ситуации сами и поэтому лучше других понимаете его чувства и эмоции, не осуждаете его, хотите помочь, потому что вам не все равно.

Ситуация: Ребенок плачет и ничего не говорит

Правильная стратегия: Молча будьте рядом. Дайте время. Не призывайте успокоиться и взять себя в руки. Если позволяет возьмите за руку, покажите, что вам искренне не все равно и вы понимаете его состояние. Просто будьте рядом столько, сколько нужно, чтобы появилось желание говорить или снизилось напряжение.

Ситуация: Ребенок обвиняет всех

Правильная стратегия: Используйте прием «Эхо» (повтор и перефразирование высказываний). Например, во фразе «Иногда кажется, что...». Ребенок должен в Вашем «эхо» услышать главное «ИНОГДА» (то есть не всегда так будет) и «КАЖЕТСЯ» (сейчас в этот момент кажется).

Ситуация: Ребенок агрессивно настроен.

Правильная стратегия: НЕ реагируйте. Он зол не на Вас. Просто Вы оказались рядом. Скажите, что понимаете, почему он раздражен. Вы бы на его месте чувствовали то же самое. Не воспитывайте и не упрекайте.

Ситуация: Ребенок категорически отказывается

Правильная стратегия: Не отпускайте, пока эмоции накалены. Скажите, что просто будете рядом. Молчите. Отзеркаливайте. Демонстрируйте сочувствие НЕ спорьте, покажите, что принимаете любое решение, соглашайтесь с ребенком.

Ситуация: Ребенок задает вопросы, на которые Вы не можете ответить или на которые нет ответа

Правильная стратегия: Не отвечайте прямо. Используйте «Эхо», повторяйте, перефразируя сказанное ребенком. Главное - не ответ, а поддержание разговора. Любая фраза, которая позволит продолжить разговор.

3. Психолого-педагогическое обследование

Задачей дополнительного психолого-педагогического обследования является получение актуальной и достоверной информации об индивидуально-психологических особенностях обучающихся, включенных в «группу риска», выявление их возможностей, способностей и склонностей, определение причин наличия признаков антивитального и/или суицидального поведения, нарушения адаптации, поведения и развития детей.

Содержание:

- диагностика индивидуальных особенностей личности и поведения ребенка;
- диагностика личностной сферы (самооценка, потребность в достижении, уровень коммуникации, ценностные ориентации) и динамики ее развития;
- диагностика актуального эмоционального состояния;
- диагностика эмоционально-волевой сферы (уровня тревожности, активности, актуальных страхов) и динамики ее развития, влияния эмоционального состояния на процесс обучения, удовлетворенности различными сферами жизни;
- диагностика мотивационной сферы и динамики ее развития;
- диагностика поведенческих реакции на стрессовые ситуации;
- диагностика межличностных взаимоотношений;
- диагностика детско-родительских отношений.

Психодиагностическое обследование проводится индивидуально с каждым обучающимся с применением стандартизированных психологических методик. Выбор психодиагностического инструментария должен основываться на результатах мониторингового обследования.

Факторы	Рекомендуемые методики
Личностные особенности	<ol style="list-style-type: none">1. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла Позволяет определить личностные свойства детей и подростков, степень социальной адаптации, наличие эмоциональных, личностных проблем. Существуют варианты для детей (7-12 лет) и подростков (12-16 лет).2. Тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда. Методика определение акцентуации характера и темперамента личности.3. Тест личностных акцентуаций (ТЛА) В.П. Дворщенко (модифицированный вариант методики ПДО (Патохарактерологического диагностического опросника) А.Е. Личко). Выявляет типы акцентуаций, перечни конфликтогенных акцентуаций, особенности общения и дружбы, отношение к учебе.4. Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо. Опросник (англ. Zimbardo Time Perspective Inventory, сокр. ZTPI). Диагностика системы отношений личности к временному континууму, что крайне важно при суицидальных намерениях.5. Диагностика типов эго-защитного поведения в трудных ситуациях (А.А. Азбель) направлена на выявление типов защитных механизмов.6. Опросник П. Фрика.

	<p>Оценка уровня оппозиционности, тревожности и демонстративности у подростка.</p> <p>7. Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев).</p> <p>Выявление склонности субъекта к конфликтности и агрессивности как личностным характеристикам.</p> <p>8. Методика склонности к отклоняющему поведению А.Н. Орел. (СОП)</p> <p>Измерение готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.</p> <p>9. Hand test (Тест руки). Авторы: Б. Брайклин, З. Пиотровский, Э. Вагнер.</p> <p>Выявление агрессивного отношения к себе и другим.</p> <p>10. Опросник Т. Ахенбаха.</p> <p>Оценка наличия замкнутости, соматических проблем, тревожности, нарушение социализации, проблем с мышлением и вниманием у подростка.</p> <p>11. Исследование самооценки по методике Т. Дембо и С.Я. Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан).</p> <p>Диагностика уровня самооценивания ряда личных качеств: здоровье, способности, характер, внешность и т.д.</p> <p>12. «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич.</p> <p>Диагностика личностных особенностей.</p> <p>13. «Человек под дождем»</p> <p>Оценка способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им, диагностика личностных резервов и особенностей защитных механизмов.</p>
<p>Эмоционально-волевая сфера</p>	<p>1. Диагностическая анкета критических ситуаций подростков (Л.Б. Шнейдер).</p> <p>Определение сфер возникновения критических ситуаций у подростков и выявление состояния, свидетельствующее о наличии переживания этой ситуации.</p> <p>2. Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.</p> <p>Выявление уровня ощущения одиночества личности.</p> <p>3. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности», адаптированный Н.В. Перешейной и М.Н. Заостровцевой.</p> <p>Определение уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.</p> <p>4. Опросник депрессии Бека для подростков.</p> <p>Определение состояния пониженного настроения - депрессии с учетом его глубины, выявления особенностей межличностных контактов подростка со сверстниками, формирования планов на будущее, трудностей адаптации подростка в сложной для него социальной ситуации.</p> <p>5. Воспринимаемый индекс вины (Perceived Guilt Index, PGI) Авторы: John R. Otterbacher, David C. Munz.</p>

	<p>Выявление чувства вины, эмоциональных переживаний чувства вины как состояния (G-state) и как генерализованной Я-концепции (черты) (G-trait).</p> <p>6. Опросник «Ауто- и гетероагрессии». Разработан Е.П. Ильиным. Определение направленности агрессии на себя.</p> <p>7. Карта наблюдений Д. Стотта.</p> <p>Выявление трудностей адаптации ребенка в школе, анализ характера дезадаптации, оценка эмоционального состояния ребенка, не позволяющего ему адекватно приспособиться к требованиям школьной жизни.</p> <p>8. Тест А. Эллиса.</p> <p>Выявление иррациональных убеждений в мышлении, провоцирующих невротическое состояние и дезадаптивность.</p> <p>9. Диагностика посттравматического стрессового расстройства у детей (Н.В. Тарабрина).</p> <p>Выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у детей 10-13 летнего возраста.</p> <p>10. Шкала депрессии для детей и подростков М. Kovacs (CDI). Определение количественных показателей спектра депрессивных симптомов.</p> <p>11. Методика «Тревожность и депрессия» (ТиД). Выявление состояний тревожности и депрессии, обусловленное неуравновешенностью нервных процессов.</p> <p>12. Опросник для определения вида одиночества (С.Г. Корчагина). Определение глубины переживания одиночества, и его вида (диффузное, отчуждающее, диссоциированное).</p> <p>13. Метод цветowych выборов М. Люшера. Оценка эмоциональной напряженности.</p>
<p>Детско-родительские отношения</p>	<p>1. Опросник PARI (Parental attitude research instrument) Изучение отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли).</p> <p>2. Тест «Подростки о родителях» ADOR (автор Шафер, модифицирован З. Матейчиком и П. Ржичаном). Изучение установки, поведение и методы воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте.</p> <p>3. Проективная методика Рене Жиля. Исследование сферы межличностных отношений ребенка и его восприятия внутрисемейных отношений.</p> <p>4. Опросник «Анализ семейных отношений» (АСВ) (Авторы: Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий). Выявление отклонений во взаимоотношениях родителей и детей.</p> <p>5. Шкала оценки насилия в семье (И.А. Фурманов). Исследование применение определенных дисциплинарных мер воспитания.</p> <p>6. Метод незаконченных предложений (Джозеф М. Сакс, С. Леви).</p>

	<p>Оценка отношений к себе, семье, сверстникам, к взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.</p> <p>7. Проективная методика «Три дерева» (R.J. Corboz) Выявление особенностей внутрисемейных отношений.</p> <p>8. Проективная методика «Рисунок семьи», Рисунок семьи в виде животных», «Кинетический рисунок семьи» (А.Л. Венгер). Оценка внутрисемейных отношений.</p>
<p>Межличностные взаимоотношения, адаптация</p>	<p>1. Опросник Басса-Дарки для диагностики склонности к различным формам агрессивного поведения (в адаптации Л.Г. Почебут). Определение в контексте суицидальных тенденций выраженности различных форм агрессии, негативизма, подозрительности, чувства вины, самоагрессии.</p> <p>2. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Выявление уровня социальной адаптации; причин деструктивного поведения по отношению к сверстникам и преподавателям (конфликтность, агрессивность, изоляция); эмоциональные стереотипы реагирования в стрессовых ситуациях.</p> <p>3. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда. Выявление особенностей адаптационного периода личности.</p> <p>4. Тест школьной тревожности Б. Филлипса. Оценка общего уровня школьной тревожности, связанной с различными областями школьной жизни.</p> <p>5. Самооценка уровня агрессивности и латентного экстремизма (В.В. Бойко в модификации Н.П. Фетискина). Определение агрессивности и потребностей в ней, способность к торможению агрессивных реакций, способы переключения агрессивности.</p> <p>6. Шкала виктимизации сверстников И.А. Фурманова. Выявление особенностей взаимоотношений в школе, в том числе и в искаженной форме.</p> <p>7. Шкала отношений к насилию в период свиданий И.А. Фурманова. Выявление ранних наклонностей к насилию в виде психологического, физического, сексуального.</p>

На основании результатов дополнительного психодиагностического обследования обучающегося разрабатывается план индивидуальной профилактической и коррекционной работы.

Индивидуальный план психолого-педагогического сопровождения должен в себя включать:

- оказание подростку психологической поддержки в кризисный период (принятие ситуации, обеспечение условий для эмоциональной разрядки);
- консультирование подростка психологом, социальным педагогом (систематически);

- включение подростка в групповую/тренинговую работу с целью укрепления личностных ресурсов;
- работу с группой детей (одноклассниками), направленную на включение ребенка в коллектив сверстников, на разрешение конфликтных ситуаций;
- организацию и включение подростка в коллективную и досуговую деятельность (по интересам);
- работу с семьей (в рамках консультирования). При необходимости возможны совместные встречи родители-подросток;
- вовлечение педагогов в совместное сопровождение подростка (консультирование, разработку плана совместных действий);
- поддерживающее сопровождение семьи и подростка (на протяжении всего учебного года).

4. Коррекционная работа с обучающимися «группы риска»

4.1. Оказание подростку психологической поддержки в кризисный период

Этапы	Основные задачи	Ход беседы
Начальный этап	Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства»	<p>1. Проявляем искренний интерес, задаем вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ты принял решение уйти из жизни? - Что привело к такому решению? - А что, если ты причинишь себе боль? - Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? - Когда это было? Почему ты хочешь это сделать сейчас? <p>2. Даем выговориться, при этом внимательно слушаем, поддерживая.</p> <p>3. Говорим, что понимаем его чувства:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Я понимаю, как тебе сейчас тяжело, больно. В такой ситуации каждый чувствовал бы себя растерянным. <p>4. Обращаемся к прошлому опыту:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Были ли у тебя в жизни такие ситуации, когда тебе было больно, когда ты не знал, что делать? - Как ты справился тогда с трудностями? <p>5. - Что (или кто) тебе помогло пережить трудности, решить ситуацию, справиться с болью?</p>
Второй этап	Установление последовательности событий, которые привели к кризисной ситуации; снятие	<p>1. Уточняем последовательность событий и изменение отношений ним.</p> <p>Отдельно отмечаем развитие отношения от менее интенсивного к более деструктивному.</p> <p>Что повлияло на изменение состояния?</p>

	ощущения безвыходности ситуации	<p>2. Выясняем, какие конкретные действия предпринимались для разрешения ситуации, облегчения состояния, имелся ли от них эффект (длительность, эффективность примененных мер).</p> <p>3. Обращаемся к прошлому опыту совладания со сложными, кризисными ситуациями.</p>
Третий этап	Совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации	<p>1. Пытаемся найти решение совместно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Как тебе кажется, есть ли способы решения этой ситуации? - Что, по-твоему, должно произойти, измениться, чтобы тебе не было так больно? - Чем я могу тебе помочь? Давай попробуем вместе найти выход из трудной ситуации. <p>2. Привлекаем необходимые ресурсы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кто в твоём близком окружении поддержит тебя и поможет справиться с этой ситуацией? - От кого ты бы хотел эту помощь получить? - Кого бы ты хотел видеть сейчас рядом? <p>(Вначале необходимо получить у подростка разрешение привлечь для его поддержки необходимые ресурсы, а затем связаться с теми, кто может ему помочь (при остром риске нужно рассказать о том, что вы обязаны сделать это по закону).</p> <p>3. Но, даже если разрешение не будет получено, попытаться найти кого-нибудь, кто сможет быть рядом с ребенком, проявит к нему внимание.</p>
Заключительный этап	Окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка	<p>1. Формируется план действий самого ребенка (овладение навыками саморегуляции, набор способов противостояния негативным состояниям), действий специалиста (психокоррекционные занятия), ближайшего окружения (родителей, специалистов).</p> <p>2. Возможно заключение антисуицидального контракта. Консультант договаривается с клиентом, что тот откажется от принятия решения о суициде до тех пор, пока не будут обсуждены все варианты и альтернативы для изменения состояния клиента.</p> <p>3. Запрос о специализированной помощи (психотерапевт, психиатр) в случае необходимости.</p>

4.2. Консультирование подростка, групповая/тренинговая работа с целью укрепления личностных ресурсов

Основная задача психолого-педагогического сопровождения обучающихся, имеющих риск антивитальных поступков и суицидального поведения, - снятие накопившегося эмоционального напряжения и формирование навыков жизнестойкости через освоение навыков успешного

преодоления психологических затруднений и фрустраций значимых мотивов, формирование способности к конструктивному разрешению задач и противоречий возрастного развития.

Специалисту необходимо:

- расширять диапазон стратегий и конструктивных способов поведения обучающегося в ситуациях стресса, давления, негативного оценивания и пр.,
- в неоднозначных и конфликтных ситуациях коммуникации помочь подростку разобраться в своих чувствах и отношениях;
- повышать самооценку подростка, развивая адекватные отношения к собственной личности и внешности.

Основные направления коррекционной работы с обучающимися «группы риска»:

- формирование адекватной самооценки, самоидентичности;
- коррекция эмоциональных нарушений, прежде всего, тревожности и страхов (основная задача-способствовать снятию психоэмоционального напряжения);
- формирование навыков эмоциональной регуляции;
- психологическая помощь подростку в решении межличностных проблем;
- развитие социального интеллекта, эмпатии;
- формирование коммуникативных навыков (основная задача-формировать умение конструктивно общаться, поддерживать дружеские связи);
- развитие устойчивости к негативному социальному влиянию (основная задача-развивать способность сказать «нет» в случае негативного давления сверстников и взрослых);
- формирование навыков выхода из конфликтных ситуаций;
- формирование систем мотивов, смыслов и ценностей (основная задача-стимулировать процессы самоопределения и развития позитивных ценностей).

Важно понимать, что выбор основных направлений и форм (индивидуальная, групповая, тренинговая) работы зависит от специфики контингента обучающихся, включенных в «группу риска», результатов мониторингового и дополнительного психодиагностического обследований, а также выявленных актуальных запросов подростка и родителя (законного представителя) в ходе первичного консультирования.

Ниже представлен список рекомендуемых программ к реализации в образовательных организациях Тульской области, сформированный в рамках осуществления мониторинга новых форм и методов профилактики и коррекции вовлечения несовершеннолетних в аутоагрессивное поведение, утвержденного постановлением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Тульской области от 30.11.2023 г. №9. В ходе мониторинга был проведен анализ программ профилактики стрессовых и депрессивных состояний, суицидальной предрасположенности, реализуемых в образовательных организациях, подведомственных министерству образования Тульской области показавших высокую эффективность при работе с обучающимися.

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
1.	Байдакова Е.Г.	Профилактическая психолого-педагогическая программа «Я выбираю жизнь в гармонии с собой»	Формирование здоровых установок и навыков ответственного поведения, снижающих вероятность приобщения детей и подростков к употреблению ПАВ; формирование гармонично развитой, здоровой личности, стойкой к жизненным трудностям и проблемам; создание благоприятных условий, обеспечивающих формирование основ сохранения здоровья, формирования мотивации к активному и ЗОЖ.	Средняя школа 12-14 лет	11 занятий, программа рассчитана на 22-30 часов	https://rospsy.ru/sites/default/files/KP_files/Я%20выбираю%20жизнь%20в%20гармонии%20с%20собой.pdf
2.	Баравкова М.М	«Психология и Я»	Развитие межличностных отношений младших подростков.	Обучающиеся 6 класса	36 занятий по 1 часу	https://rospsy.ru/node/277
3.	Безруких М.М., Макеева А.Г., Филиппова Т.А.	Все цвета, кроме чёрного. Учусь понимать себя.	Формирование у детей навыков эффективной адаптации в обществе, позволяющей в дальнейшем предупредить вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотиков.	Обучающиеся начальной школы и 5-6 классов	-	https://www.litres.ru/book/maryana-bezrukih/vse-cveta-krome-chernogo-organizaciya-pedagogicheskoy-pro-63732092/ https://www.litres.ru/book/maryana-bezrukih/vse-cveta-krome-chernogo-5-6-klassy-posobie-dlya-pedagogo-63732252/ https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
4.	Гервиц А.Е., Сотникова О.О., Лебедева А.А., Катеева М.И., Зарецкий Ю.В., Тихомирова А.В.	УМК Развитие личностного потенциала подростков Модуль «Я и Ты» Модуль «Я иду к мечте» Модуль «Я справлюсь»	Создание условий, способствующих развитию личности и личностного потенциала детей.	Обучающиеся 5-7 классов	17 занятий 11 занятий 13 занятий	https://catalog.vbudushee.ru/catalog/srednyaya-shkola/

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
5.	Гервиц А.Е., Сотникова О.О., Лебедева А.А., Катеева М.И., Зарецкий Ю.В., Тихомирова А.В.	УМК Развитие личностного потенциала подростков Модуль «Я и ТЫ» Модуль «Я иду к мечте» Модуль «Я справлюсь»	Создание условий, способствующих развитию личности и личностного потенциала детей.	Обучающиеся 8-11 классов	23 занятия 10 занятий 10 занятий	https://catalog.vbudushee.ru/ catalog/starshaya-shkola/
6.	Гимаджиева О.С.	Программа по профилактике буллинга среди детей подросткового возраста «Дорога добра»	Профилактика буллинга среди учащихся подросткового возраста в условиях общеобразовательной школы.	Обучающиеся 9 класса	14 занятий по 2 часа	https://rospsey.ru/node/97
7.	Грибоедова О.И.	Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа по развитию аутопсихологической компетентности подростков «Дом моего Я»	Развитие аутопсихологической компетентности подростков.	Обучающиеся 13-15 лет	10 занятий по 120 минут	https://rospsey.ru/node/301
8.	Захарова О.И., Козырева Н.Ю.	Программа тренинговых занятий «Точка опоры»	Развитие жизненно необходимых навыков и формирование адекватных, конструктивных способов решения проблем, позволяющих противостоять негативным воздействиям социальной среды.	Обучающиеся 8-9 классов	10 занятий по 90 минут	https://disk.yandex.ru/d/Yg- r6CYEr1E00w
9.	Красильникова Ю.Д.	Психокоррекционная программа по профилактике тревожности и страхов у старших подростков методами арт-терапии	Нивелирование состояний тревоги и страха старшими подростками.	Обучающиеся старшего подростковог о возраста	10 занятий по 90 минут 2 диагностических занятия по 60 минут	https://rospsey.ru/node/1936

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
10.	Кучегашева П.П., Орешкина Н.В., Колотева Е.Ю., Антамошкина Е.А., Николаева Ю.П., Штонда Е.М.	Психолого-педагогическая программа «Как не просмотреть беду...»	Формирование психологической устойчивости личности подростка посредством психолого-педагогического сопровождения, ориентируясь на выявленные факторы риска и редуцированные факторы защиты социально-психологического тестирования.	Обучающиеся 7-11 классов, достигшие 13 лет	39 занятий по 1 часу	https://rospsy.ru/sites/default/files/KP_files/2021%201.06.pdf
11.	Микляева А.	Я – подросток.	Создание условий для успешной социально-психологической адаптации учащихся и их личностного развития с учётом возрастных и индивидуальных особенностей.	Обучающиеся 7-9 классов	33-34 занятия	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
12.	Миллер А.В.	Программа тренинговых занятий «Жизнь в моих руках!»	Снижение риска суицидального поведения подростков через снятие субдепрессивного состояния.	Обучающиеся 7-10 классов	10 занятий по 120 минут	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
13.	Михайлова В.Н., Вайнштейн И.В., Левина Л.М.	Профилактическая психолого-педагогическая программа «Путь к успеху»	Подготовка воспитанников школ-интернатов в самостоятельной жизни и деятельности. Задачи программы: - формирование личности, способной осознать себя, понимать других, планировать и реализовывать свои жизненные планы; - развитие у воспитанников потребностей в созидательном труде, здоровом образе жизни, создании семьи; - подготовка подростков к осознанному профессиональному самоопределению и трудовой деятельности; - повышение социальной компетентности воспитанников.	Обучающиеся 7-11 классов, достигшие 13 лет	47 занятий Всего 128 часов	http://www.aptangarsk.ru/wp-content/uploads/2016/11/Профилактическая-психолого-педагогическая-программа-Путь-к-успеху.pdf

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
14.	Рубина Н.В.	Индивидуальная коррекционно-развивающая программа «Коррекция эмоционально-личностной сферы подростка»	Развитие эмоционально-личностной сферы подростка	Обучающиеся 9-11 классов	10 занятий по 1 часу	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
15.	Серякина А.В. Павленко В.Р.	Профилактическая психолого-педагогическая программа «Все в твоих руках!»	Профилактика рискованного поведения в молодёжной среде; формирование ценностного отношения подростков к своему здоровью и здоровью окружающих, формирование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья.	Обучающиеся 15-17 лет	5 занятий – 2 часа 25 минут + 1 родительское собрание – 1 час 15 минут	https://rospsy.ru/sites/default/files/KP_files/Серякина%20Павленко.pdf
16.	Соловьева Д.Ю.	Программа тренинговых занятий «Мы выбираем жизнь!»	Личностное развитие и коррекция мировосприятия у обучающихся с выявленной склонностью к суицидальному поведению.	Обучающиеся 7-10 классов	4 занятия по 90 минут	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
17.	Сюрин С.Н. Евтушенко О.С. Сюрина О.В. Шинкаренко Е.А.	Психолого-педагогическая коррекционно-развивающая программа «Преодоление»	Развитие познавательной, эмоционально-волевой и коммуникативной сфер личности школьников с нарушением интеллекта и задержкой психического и речевого развития посредством организованного системного психолого-педагогического сопровождения	Обучающиеся 5-9 классов с ЗПР и нарушениями интеллекта (дети с ОВЗ и дети-инвалиды), учащиеся; обучающиеся, испытывающие трудности в обучении.	32 занятия по 2 часа	https://rospsy.ru/sites/default/files/KP_files/Преодоление.pdf

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
18.	Таймазова О.И.	Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа социально-педагогической направленности «Мы разные, но мы вместе»	-Развивать чувство собственного достоинства и умение уважать достоинства других; - развивать коммуникативные навыки; - обучать способам выхода из конфликтных ситуаций; - развивать доверие и умение выслушать другого человека, способность к эмпатии, сочувствию, сопереживанию; - ознакомить с понятиями «толерантность», «толерантная личность».	Обучающиеся с 13 до 16 лет	12 занятий по 2 часа	https://rospsy.ru/node/123
19.	Торская Е.А.	Психолого-педагогическая программа «Профессиональное ориентирование»	Формирование осознанной позиции в профессиональном и жизненном самоопределении подростков.	Обучающиеся 8-9 классов	8 занятий по 2 часа	https://rospsy.ru/node/355
20.	Хухлаева О.В. Хухлаев О.Е. Первушина И.М.	Тропинка к своему я.	Формирование и сохранение психологического здоровья детей через создание условий для их успешной адаптации к школьной жизни.	Обучающиеся начальной и средней школы	33-34 занятия	https://www.ozon.ru/category/tropinka-k-svoemu-ya-huhlaeva/
21.	Чистякова Т.А.	Программа тренинговых занятий «Преодолеваем трудные ситуации»	Формирование навыков стрессоустойчивости через обучение адаптивным стратегиям поведения.	Обучающиеся 8-9 классов	7 занятий по 90 минут	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
22.	Шелест Е.С.	Коррекционно-развивающая программа, направленная на оптимизацию межличностных отношений у детей младшего подросткового возраста посредством игротерапии	Оптимизация межличностных отношений у детей младшего подросткового возраста посредством игротерапии.	Обучающиеся средней школы 10-13 лет	10 занятий по 40 минут	https://rospsy.ru/node/361

№	Автор	Название	Цель	Возраст	Продолжительность	Ссылка
23.	Шухаева Е.А.	Программа психологической профилактики деструктивного суицидального поведения у детей и подростков «Крылья»	Профилактика деструктивного суицидального поведения у подростков.	Обучающиеся 5-11 классов	18 занятий по 1 часу	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
24.	МБОУ «СОШ №17»	Тренинг детско-родительских отношений.	Коррекция взаимоотношений, формирование взаимопонимания, толерантности, положительного эмоционального настроя.	Обучающиеся 5-11 классов и их родители	1 занятие продолжительностью 1-1,5 часа	https://disk.yandex.ru/d/Ygr6CYEr1E00w
25.	Серякина А.В. Рамзаева В.Ю.	Программа работы психолога с педагогическими коллективами и педагогами по профилактике суицидальных рисков в образовательной организации «Я выбираю жизнь!»	Психологическое просвещение педагогов в области профилактики суицидального поведения несовершеннолетних.	Управленческие кадры и педагогические работники	8 занятий по 2 часа	https://mgppu.ru/resources/files/Я%20выбираю%20Жизнь%20пособие%20для%20размещения.pdf

5. Оценка эффективности психолого-педагогического сопровождения, реализуемой профилактической и индивидуальной коррекционной работы.

Критериями эффективности психолого-педагогического сопровождения обучающихся «группы риска» выступают:

- системность (реализация всех условий организации психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на предотвращение суицидального поведения обучающихся);
- результативность (снижение числа суицидов и суицидальных попыток; компенсация дефицита общения в школе, семье, в среде сверстников);
- социальная адаптивность (снижение числа обучающихся, состоящих в группе риска; увеличение числа обучающихся, включенных в общественно-полезную деятельность; увеличение степени самостоятельности детей и подростков, их способности контролировать свою жизнь, более эффективно разрешать возникающие проблемы);
- конструктивность (предотвращение межличностных конфликтов, формирование конструктивных взаимоотношений, развитие способностей и интересов личности, защита ее прав; сформированность личностных качеств детей и подростков, необходимых для позитивной жизнедеятельности);
- готовность педагогов (владение знаниями проблемы, методами профилактической деятельности; мотивация к такой деятельности).

Показателями психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения обучающихся, выступают:

Количественные:

- количество педагогов, реализующих профилактические программы, включающие психолого-педагогические и социальные технологии;
- количество педагогов, обученных методам профилактической деятельности;
- количество мероприятий, проведенных в образовательных учреждениях в рамках профилактики суицидального поведения с несовершеннолетними;
- количество обучающихся, охваченных мероприятиями по профилактике суицидального поведения, а также случаев буллинга и др.

Качественные:

- динамика позиции педагога в отношении превентивного обучения несовершеннолетних;
- установление диалоговых отношений между учениками, родителями, учителями (методы оценки – опросы учеников и родителей, видеомониторинг);
- повышение социальной адаптированности (метод оценки – повторная скрининговая диагностика);
- готовность подростков к поиску вариантов решения проблем (метод оценки – групповое интервью, включенное наблюдение) и др.

6. Профилактическая работа в образовательных организациях

Одними из ведущих в классификации психотравмирующих ситуаций являются негативные феномены, порожденные школьной жизнью: школьная дезадаптация, неуспешность, отвержение подростка в классе/буллинг, конфликты с учителями, дидактогенная (пограничные расстройства психики, связанные с травмирующим воздействием на ребенка самого процесса обучения). В

связи с этим работа по профилактике суицидального поведения среди обучающихся в образовательных организациях должна вестись на протяжении всего учебного года и сочетать в себе различные направления и формы работы со всеми участниками образовательных отношений.

Информационно-аналитическое направление.

Задача — психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса, направленное на профилактику деструктивных форм поведения (в т.ч., суицидального), обучающихся на основании данных мониторингов, наблюдений за психофизиологическим и эмоциональным состоянием учащихся, за эффективностью учебно-воспитательных мероприятий.

Содержание:

- мониторинг социально-педагогического статуса каждого ученика школы;
- выявление образовательных потребностей участников образовательного процесса;
- сбор, накопление, анализ и обобщение психолого-педагогической информации.

Формы реализации:

- ведение базы данных обучающихся по различным категориям;
- хранение, обработка и интерпретация результатов индивидуальных и групповых обследований учащихся;
- ведение отчетно-плановой документации психолого-педагогической службы;
- планирование и реализация профилактической, диагностической и коррекционно-развивающей работы;
- обеспечение участников образовательного процесса необходимыми документами и информацией учебного и справочного характера.

Просветительское направление.

Задача — повышение уровня психологических знаний и психологической культуры всех участников образовательного процесса, формирование у субъектов психологического сопровождения потребности в самопознании, саморазвитии, самосовершенствовании.

Содержание:

- распространение психологических знаний («Неделя психологии»);
- формирование психологической культуры;
- информирование о профилактике суицидальных рисков родителей и учащихся.

Формы реализации:

- педагогические советы;
- психолого-педагогический консилиум;
- родительские собрания;
- тематические вечера, дискуссионные клубы, круглые столы;
- классные часы;
- памятки, стендовая информация, информационные листы, буклеты, ИКТ и т.д.

Профилактическое направление

Задача — предупреждение девиантного, аддиктивного и деликвентного поведения, социальной дезадаптации детей и подростков, а также возникновения суицидального поведения у обучающихся.

Содержание:

- организация безопасной и благоприятной образовательной среды;
- формирование ценности жизни и здоровья;
- ориентирование школьников на развитие навыков здорового образа жизни;
- пропаганда общечеловеческих ценностей и толерантности;
- обучение социально-важным навыкам, формирование и развитие коммуникации;
- активизация личностных ресурсов обучающихся через занятия спортом, творческое самовыражение, участие в различных группах и коллективах;
- организация деятельности, альтернативной деструктивному поведению;
- профилактика интернет-рисков.

Формы реализации:

- лекции, семинары, тренинги для школьников, классные часы;
- социальная реклама по формированию установок на здоровый образ жизни;
- мастер-классы, тренинги для педагогов и родителей;
- мониторинг отношений внутри школьных коллективов, комфортности образовательной среды;
- индивидуальные беседы с учениками, педагогами, родителями.

Необходимой составляющей целостной системы профилактики суицидальных рисков выступает целенаправленная педагогическая деятельность на уроках учителей-предметников (особенно учителей гуманитарных направлений), предполагающая опосредованное педагогическое воздействие на обучающихся и организация междисциплинарного взаимодействия.

Стоит отметить, что к неэффективным способам профилактики, которые часто используют педагоги в образовательных организациях, относятся массовое распространение информации о самоповреждении и случаях суицида (на школьных собраниях или в информационных буклетах), а также использование графических материалов тревожащего и шокирующего содержания (Heath, Toste, MacPhee, 2014). Последнее особенно вредно, так как может выступить триггером самоповреждения у подростков, уже имевших подобный опыт, или выступить фактором социальной контагиозности (распространения) для тех, кто его не имеет.

Организованная по всем направлениям работа позволит создать условия психолого-педагогической комфортности обучающихся в образовательном учреждении, обеспечить социальную и психологическую защиту детей, снизить количество дезадаптированных детей, подростков и молодежи; выявить на ранней стадии группы несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию; предотвратить осложнения путем своевременного включения их в программу оказания помощи; снизить количество детей с суицидальным риском, предупредить суицидальные попытки, рецидивы и возникновения осложнений.

Литература.

1. Авдеев В. Психотехнология решения проблемных ситуаций. - М., 1996.
2. Аджиева Е. М., Байкова Л. А., Гребенкина Л. К. «50 сценариев классных часов», М: Центр «Педагогический поиск», 2005
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.
4. Амбрумова А.Г., Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим, виктимным поведением / О. О. Андронникова // Вестник томского государственного педагогического университета. - 2009. -№9.
5. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. - 1997. - № 4.
6. Бердышев И.С., Нечаева М.Г. Медико-психологические последствия жестокого обращения в детской среде. Вопросы диагностики и профилактики / Практическое пособие для врачей и социальных работников. - СПб.: Санкт- Петербургское государственное учреждение социальной помощи семьям и детям «Региональный центр «Семья», 2005.
7. Банников Г. С., Вихристюк О. В., Миллер Л. В., Сеницына Т. Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 40 с.
8. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. - 2013. - Т. 4, № 2. - С. 35-44.
9. Борисов И.В., Любов Е.Б. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 26.01.2017).
10. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006.
11. Вроно Е. М., Ратинова Н. А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков / Е. М. Вроно, Н. А. Ратинова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989.
12. Грецов А.Г., Бедарева Т. Психологические игры для старшеклассников и студентов, СПб.: Питер, 2008. 192 с.
13. Гуренкова Т.Н., О.Ю. Голубева, А.А. Тарасова. Методические рекомендации по диагностике суицидального поведения / - М., 2009. - 108 с.
14. Вроно Е.М. «Предотвращение самоубийства: руководство для подростков», М., 1999.
15. Диагностика и профилактика суицидального поведения подростков: учебное пособие / сост. Е.А. Калягина, О.Г. Япарова, Абакан: Изд-во Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2009.
16. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. «Психология суицидального поведения», Самара, 2000г.

17. Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М.: Мин.здрав. РСФСР, Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980. 55 с.
18. Кораблина Е.П. «Искусство исцеления души. Этюды о психологической помощи», СПб, 2001г.
19. Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков» Питер, 2019 г, 304с
20. Личко А.Е., Александров А.А. Суицидальное поведение у подростков / А.Е. Личко, А.А. Александров // Клинико-психологические, социальные и правовые проблемы суицидального поведения: Мат. симпозиума. М.: НИИ психиатрии, НИИ МВД, 1974. - С.71-79.
21. Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. М., 2004. С.141-154.
22. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. 6-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 432 с.
23. Меньшиков В.Ю. «Психологическое консультирование: работы с кризисными и проблемными ситуациями», М., 2005.
24. «Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств» под ред. Д. Вассермана, М., 2005.
25. Осипова А.А. «Справочник психолога по работе с кризисными ситуациями», М., 2004.
26. Особенности общения детей в интернет-пространстве. Лекции. // РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ г. Москва, 2018.
27. Польская Н.А. Методические рекомендации. Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-педагогической помощи. — М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2019.
28. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // В кн.: Личностный потенциал: структура и диагностика / Науч. ред.: Д. А. Леонтьев. - М. : Смысл, 2011. - С. 178-209.
29. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник антивитальности и жизнестойкости // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. N 2(43). С. 2 [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
30. Сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». 2018.
31. Синягина Н.Ю. К вопросу о детском суициде и путях его профилактики средствами образования // Справочник педагога-психолога. - 2014. - №3.
32. Солошенко Д.В. «Экстренная психологическая помощь», Харьков, 2001г.
33. Старшенбаум Г.В. «Суицидология и кризисная психотерапия», М., 2005.
34. Типовая модель психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, направленного на профилактику суицидального поведения учащихся, Москва, 2012
35. Тихоненко В.А. Покушения на самоубийство и их профилактика. Диссертация на соискание уч. ст. д. м. н. - М., 1981. Слободяник Н.П. «Формирование эмоционально-волевой регуляции: 60 конспектов занятий: Практическое пособие», М: Айрис-Пресс, 2004 г.176с.
36. Фельдштейн Д.И. Трудный подросток., М. Воронеж, 2008, с.122

37. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С.362-370
38. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения/Практическое пособие для педагогов и школьных психологов, М.: Генезис, 1999.160 с
39. Шнейдер Л.Б. «Девиантное поведение детей и подростков», СПб, 2003г.
40. Электронные ресурсы
41. Всероссийская деловая платформа «Десятилетие детства». Всероссийский социально-образовательный онлайн-проект «Компетентные педагоги – детям России». «Педагогическая суицидопрофилактика в работе классного руководителя». –Электронный ресурс.
42. http://uoirbitmo.ru/upload/files/docs/profilaktika_suitsidov.pdf- типы суицидов
43. <https://www.psych.ru/fenomen-massovoj-isterii/>
44. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9959/ - «Конвенция о правах ребенка» (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989)
45. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_108546/- Федеральный закон «О безопасности» от 28.12.2010 N 390-ФЗ
46. <http://base.garant.ru/71684480/>- Указ Президента РФ № 240 от 29.05.2017 г. «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»
47. http://www.psychanalyst.ru/glossary/identification_aggressor.php
48. <https://www.psychologos.ru/articles/view/berkovic-l.-sledstviya-frustracij>
49. https://infourok.ru/programma_po_snizheniyu_trevozhnosti_u_podrostkov__poznay_sebya-171051.htm
50. <https://www.ntv.ru/video/287220/>
51. http://кпнт.рф/psix_kabinet/konsultacija_profilaktika_suicidalnogo_povedenija.pdf
52. http://speckor-kirov.ucoz.ru/2017/karabanova-koncepcija_informacionnoj_bezopasnosti.ppt