



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И
НАРКОЛОГИИ

**ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПОДРОСТКАМ С ПОВЫШЕННЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ
РИСКОМ И СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ
ПОПЫТКИ**

методические рекомендации

Алматы, 2011

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Утверждены и рекомендованы к печати
Республиканским центром
инновационных технологий
медицинского образования и
науки. Протокол № от

ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПОДРОСТКАМ С ПОВЫШЕННЫМ СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ

Методические рекомендации

Алматы, 2011

Толстикова А.Ю., Мадалиева С.Х.

Оказание медико-психологической помощи подросткам с повышенным суицидальным риском и совершившим суицидальные попытки

Методические рекомендации. – Алматы, 2011 – с.

Методические рекомендации составлены руководителем научного отдела клинической психиатрии и психотерапии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, старшим научным сотрудником, кандидатом медицинских наук, доцентом Толстиковой А.Ю. и младшим научным сотрудником научного отдела клинической психиатрии и психотерапии научного отдела клинической психиатрии и психотерапии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК Мадалиевой С.Х.

Рецензенты:

1. Асимов М.А. – заведующий кафедрой коммуникативных навыков, основ психотерапии, общей и медицинской психологий, доктор медицинских наук, профессор Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова.
2. Растворова Н.И. – руководитель научного отдела эпидемиологических исследований в суицидологии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК.

Методические рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК и рекомендованы к печати

Аннотация

Предлагаемые методические рекомендации предназначены для психологов, психотерапевтов.

В методических рекомендациях представлены и систематизированы данные о проблеме суицидального поведения, описаны возрастные особенности суицидального поведения, факторы, способствующие развитию суицидального поведения, а также представлены мероприятия и меры по предупреждению и предотвращению суицидальных попыток.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
1. Особенности суицидального поведения.....	5
1.1. Сущность суицидального поведения.....	6
1.2. Типология суицидов.....	7
1.3. Возрастные особенности суицидального поведения.....	8
1.4. Факторы, способствующие развитию суицидального поведения.....	9
1.5. Признаки суицидального поведения.....	12
2. Профилактическая и коррекционная работа по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп в общеобразовательном учреждении.....	14
2.1. Основные направления психопрофилактической работы.....	14
2.2. Как вести себя с суицидальным подростком.....	17
2.2.1. Повышение самооценки.....	17
2.2.2. Если существует суицидальный риск или уже произошла попытка.....	17
2.2.3. Помощь лицам с суицидальными тенденциями или отчаявшимся.....	18
2.2.4. Профилактическая беседа при суициде.....	19
2.3. Основные направления психокоррекционных мероприятий.....	23
Заключение.....	27
Литература.....	28

ВВЕДЕНИЕ

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. Уровень подросткового суицида у нас один из самых высоких в мире, а внутри страны он на третьем месте среди причин смертельных случаев. Исследования показывают, что главная причина этой беды — жестокость в отношении родителей к детям, характерная даже для внешне благополучных семей[2]. Анализируя ее истоки и особенности поведения детей, замысливших уйти из жизни, авторы, ученые-психологи, призывают взрослых, прежде всего родителей и учителей, всячески избегать конфликтов, подталкивающих подростков к трагическим решениям. В большинстве случаев чаще всего пусковым моментом была, например, незначительная, по мнению взрослых, обида. А она являлась только вершиной айсберга непонимания, длительной фрустрации ребенка. Суициды в настоящее время занимают одно из ведущих мест в качестве причины смерти подростков. Подростки обычно подвергают проверке разные типы поведения и социальные роли, что нередко сопровождается экспериментированием с приемом алкоголя, наркотических средств, курением, различными сексуальными связями и т.д. В значительной степени этому способствует семейное неблагополучие и очень часто такое поведение свидетельствует о скрытой депрессии, из которой они самостоятельно, неосознанно, пытаются выйти[2].

Педагоги, психологи, социальные работники задают вопрос, что можно сделать для подростка, который решил уйти из жизни и можно ли его переубедить. Представление о том, что суицидента нельзя отвратить от принятого им решения, базируется на неверном предположении о неотвратимости суицидального намерения у самоубийцы. В работах известных американских суицидологов Н. Фарберау и Э. Шнейдмана [3], сам факт суицида трактуется как своеобразный призыв к окружающим, "крик о помощи". Именно потребность суицидента в живом человеческом участии, готовность принять предлагаемую ему помочь служат основанием для возможности организовать профилактику самоубийств.

Цель: Сформировать основные представления об особенностях суицидального поведения, их статике и динамике, и оказания помощи подросткам с повышенным суицидальным риском и совершившим суицидальные попытки

1. Особенности суицидального поведения

1.1 Сущность суицидального поведения

Суицид (англ. suicide - самоубийство) – акт самоубийства, совершенный человеком в состоянии сильного душевного расстройства либо под влиянием психического заболевания.

точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения.

Суицидальные побеги - различные формы активности людей, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, возникшего при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших потребностей. На фоне острого эмоционального состояния кризис достигает такой интенсивности, что человек не может найти правильного выхода из сложившейся ситуации[8].

Обычно самоубийство рассматривается как феномен социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциальных конфликтов.

Суицидальное поведение имеет внутренние и внешние формы своего проявления. Внутренние формы:

- * антивитальные представления (т. е. размышления об отсутствии ценности жизни);

- * пассивные суицидальные мысли (представления на тему своей смерти при отсутствии четкого замысла на самовольное лишение себя жизни: «хорошо бы умереть» и т. д.);

- * суицидальные замыслы;

- * суицидальные намерения.

Внешние формы:

- * суицидальные высказывания;

- * суицидальные попытки;

- * завершенный суицид.

Суицидальные замыслы - это более активная форма проявления суицидальности. Тенденция к самоубийству нарастает в форме разработки плана: продумываются способы, время и место самоубийства.

Суицидальные намерения появляются тогда, когда к замыслу присоединяется волевой компонент - решение, готовность к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Попытка может быть обратимой и необратимой, направленной на лишение себя жизни или на другие цели.

Завершенный суицид - действия, завершенные летальным исходом.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется присущим. Длительность его может исчисляться

минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид). В случаях продолжительного пресуицида процесс развития внутренних форм суицидального поведения отчетливо проходит описанные выше этапы. При острых пресуицидах последовательность не обнаруживается и можно наблюдать появление суицидальных замыслов и намерений сразу же.

Пресуицид включает две фазы:

1. Предиспозиционная фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека (период поиска «точки опоры»), но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты улучшения ситуации, крепнет мысль о ее нерекспириментности. Суицидент остро ощущает невыполнимость существования и предположительно констатирует отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. Еще сохраняется возможность оказать помощь человеку, вывести его из тупика.

2. Собственно суицидальная фаза начинается, если суицидент не нашел выхода из кризиса, не получил поддержки, и длится вплоть до покушения на свою жизнь. На этом этапе происходит углубление дезадаптации: у человека возникают суицидальные мысли, а позднее и обдумывание способа самоубийства. На этом этапе усилия психолога и педагогов по предотвращению самоубийства, как правило, малоэффективны. Необходимо вмешательство врача-психоневролога.

Существуют три основных признака надвигающегося суицида:

1. Скрытый гнев: гнев скрывают, выдавая за другие чувства, он направлен внутрь себя, покоронен, но наличие его можно заметить; тяжелая потеря, положение дел не улучшается, никто не может помочь, нет никакой надежды;
2. Человек охвачен чувством беспомощности;
3. Уход из жизни, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т. д. [6,7,8].

Постсуицид представляет собой "результатирующую" таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его "психическим" и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимации, соматические последствия, новая ситуация и личностное отношение к ней. По мере ликвидации соматических осложнений на первый план выдвигаются: ликвидация конфликтной ситуации, выработка адекватных установок, повышение толерантности к психогенным влияниям, ликвидация психопатологической продукции[8].

1.2 Типология суицидов

Суициды делятся на три основные группы: истинные, демонстративные и скрытые[9].

Испавший суицид направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя иногда и выглядит довольно неожиданным. Такому суициду всегда предшествует угнетенное настроение, депрессивное состояние или

просто мысли об уходе из жизни. Причем окружающие такого состояния человека могут не замечать. Другой особенностью истинного суицида являются размышления и переживания по поводу смысла жизни. Суицид обычно возникает в тех случаях, когда жизнь ударяет подростка по «слабым местам» и порождает мысли о неполнопочтности. Совершается суицид под влиянием цепи неудач, разочарований; последней каплей может стать ничтожный повод.

Демонстративный суицид не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог. Это может быть и попытка своеобразного шантажа. Смертельный исход в данном случае является следствием роковой случайности. Подростки чаще всего прибегают к демонстративному суициду, рассчитывая, что их вовремя спасут. Объясняют его «несчастной любовью», но действительная причина — уязвленное самолюбие, потеря ценного внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство) — вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода. В большей степени это поведение нацелено на риск, на игру со смертью, чем на уход из жизни. Такие люди выбирают не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение. Это и рискованное езда на автомобиле, и занятия экстремальными видами спорта или опасным бизнесом, и добровольные поездки в горячие точки, и употребление сильных наркотиков, и самоизоляция[12].

1.3 Возрастные особенности суицидального поведения

Детский возраст.

Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство авторов считают[13-14], что концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 — 14 годам, после чего ребенок может настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя. Следовательно, термины «суицид» и «суицидальное поведение» в строгом смысле для раннего возраста малоприемлемы. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других. Нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулками школы или конфликтами.

Подростковый возраст.

Несколько иную картину суицидального поведения мы наблюдаем в подростковом возрасте. Среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь немногие из них достигают своей цели. Частота замечанных суицидов подростков не превышает 1 % от всех суицидальных действий. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе - шантажа.

А.Е. Личко отмечает, что лишь у 10 % подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90 % - это крик о помощи[13].

Б. Н. Алматов, обследовав группу подростков 14-18 лет, умышленно нанесших себе порезы, установил, что только 4 % из них в момент самопореза имели мысли суицидального содержания. Большинство же эпизодов были совершены после ссоры со сверстниками, а также как бравада или обряд «братания» [14].

В целом можно говорить о значительном влиянии на суицидальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. По мнению Л.Я. Желовой, в предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном - «сексуальные» и «любовные» [16].

После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей. В молодом возрасте суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы[17].

Многое связано с личностными качествами. Чертами личности способствующие суицидальному поведению. К ним относятся: ранимость, инфантильность, острая переживаний, склонность к самоанализу, застенчивость, рефлексивность, недостаток самоконтроля, импульсивность, неконформность, неуверенность в себе, зависимость от окружающих, неформированность системы ценностей, впечатлительность, интровертированность, возбудимость, склонность к депрессиям, негласивная самооценка. В ситуации, травмирующей личность, эти качества облегчают формирование психического состояния, предрасполагающего к самоубийству[18].

1.4. Факторы способствующие развитию суицидального поведения

Первый среди социально-психологических факторов самоубийств — семьяная дезорганизация. А именно: отсутствие отца в раннем детстве, недостаточная привязанность матери к ребенку, неавторитетность или гиперавторитарность родителей, телесные наказания: разводы, сожительство, повторные браки, конфликты родителей; болезнь и смерть близких; асоциальное поведение кого-то из семьи.

Второй важный фактор — тип семьи. В интегрированной, сплоченной семье каждый неотделим от семейной группы. В дезинтегрированной — все обособлены[23].

Гармоничные и дисгармоничные семьи различаются по психологическому и ценностному соответству между членами. Если ценности не совпадают, а один налагивает всем в семье свои нормы и стиль поведения, то возникают суицидоопасные ситуации. Возможны они и при появлении второго ребенка, первый тогда испытывает недостаток родительской любви.

Семьи *корпоративные* и *альtruистические*. В первых общение строится на договорных началах, на выполнении каждым своих функций. Суицид подростка здесь более возможен. В альтруистических семьях каждый считает себя ответственным за благополучие остальных, и суицид в них наименее вероятен, а если встречается, то только жертвенный, во имя семьи.

Семьи открытые и закрытые. У первых связи с внешним миром многообразны и все время расширяются. В закрытых, напротив, ограничены, что суициду более опасно.

Гибкие и консервативные семьи. Гибкие быстро адаптируются к внешним переменам, у консервативных такой способности нет. В них чаще всего случаются суициды. Подросток, вступая в конфликт с учителем, ждет помощи от родителей. Но консервативная семья обычно поддерживает не своего ребенка, а учителя. Оказавшись в изоляции, школьник может совершить самоубийство.

В *авторитарной* семье грубый нажим со стороны взрослого родителя может вызвать у подростка протест и привести к трагедии. В *демократической* семье решения принимаются сообща, и попытки суицида там редки. В «*заболевших*» семьях дети «зарождаются» девиантным поведением, и опасность суицида в них выше. Но, конечно, семьи бывают обычно смешанного типа.

Дезадаптация. Ребенок может выступать в семье в роли «опекаемого» или «отвергаемого». У опекаемых обычно завышена самооценка, они считают себя очень значимыми. Такие дети беспомощны в любой психотренирующей ситуации, она всегда кажется им безвыходной. Отвергаемые постоянно испытывают эмоциональное отталкивание со стороны взрослых и нередко страдают от одиночества. У наиболее ранимых складывается суицидальное поведение как способ обратить на себя внимание, отомстить обидчикам.

Фактором такого поведения выступает и школьная дезадаптация — неуспешность в учебе, труде, в отношениях со сверстниками и учителями, особенно в средних классах. И чаще всего у подростков с низким интеллектом и выраженной сензитивностью. Однако школьные проблемы не являются основными причинами суицида. В этом периоде поведение детей и подростков имеет возрастное своеобразие.

«Сексуальные» проблемы обычно бывают допознены другими, не менее важными факторами дезадаптации. Разрыв с возлюбленными толкает на суицидные попытки, если этот разрыв сочетается с унижением чувства собственного достоинства или если имелась чрезвычайно сильная эмоциональная привязанность, встречающаяся у подростков из разбитых семей или у эмоционально-лабильных подростков, которые в родительской семье ощущали эмоциональное отвержение). Стыд из-за раскрывшейся мастурбации, обнаружившейся беременности, импотенции, страх стать гомосексуалистом («гомосексуальная паника») также может толкнуть на суицидную попытку.

[Glaser K., 1965] [30]. С типом личности в значительной мере определяемом типом акцентуации характера, также связаны особенности суицидального поведения [Амбрумова А. Г., 1981]. По мнению U-Otto (1972), среди подростков, совершивших суицидные попытки, преобладали истероиды (36 %) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты (33 %), еще у 13 % отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко[31].

Личностные особенности. Частота, с которой встречаются разные типы психопатий и акцентуаций характера, существенно отличаются от того, имело ли место демонстративное поведение, аффективная попытка или истинное покушение. При демонстративном суицидальном поведении 50 % оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимико-истероидного типов, в 32 % — эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь в 18 % — были представители всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. При аффективном суицидальном поведении первое место заняли лабильный и лабильно-истероидный типы (37 %), на втором месте были другие варианты истероидного типа (23 %), по 18 % пришлось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4 % на эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63 %) и циклоидного (25 %) типов. Обращает внимание чрезвычайно низкая суицидальная активность шизоидов в подростковом возрасте. Для детей с шизоидной акцентуацией характерно применение допингов. Подросток с эпилептоидной акцентуацией, на фоне эффекта, может перейти мере осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего носят порезы, ожоги, порой из малоинстистических побуждений. Опынения, нередко, протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Участники азартных игр. Максимум среди наркоманов и токсикоманов. Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам. Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий. Конформный подросток может совершить суицид за компанию[29, 30].

Нарушение поведения. У юношей наиболее явным намеком на суицидальные тенденции являются злоупотребление алкоголем и наркотиками. Около половины перед суицидом принимали лекарства, прописанные их родителям. В среднем возрасте — это невозможность примириться или контролировать свою жизненную ситуацию, что часто проявляется в каком-либо психосоматическом заболевании. У психилых людей признаком суицидальных мыслей могут быть разговоры об "отказе" от чего-либо.

Восприимчивость к суициду чаще у лиц с:

- * Предшествующими попытками к суициду;
- * суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- * суициды в семье;
- * алкоголизм;

* хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов;

* аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии;

* хронические или смертельные болезни;

Суицидально-одиночная референтная группа

* с нарушением межличностных отношений, "одиночки", злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;

* гомосексуалисты;

* сверхкритичные к себе, но часто злоупотребляющие наркотиками или страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат.

* Конфликты. Подростковый возраст настолько богат конфликтами и осложнениями, что его можно считать «сплошным затянувшимся конфликтом». Подросток по-своему реагирует на происходящее, что связано прежде всего с его личностным самоутверждением[8, 23].

Наиболее распространенными являются:

1. Конфликты, связанные со спецификой жизнедеятельности (учебы, работы, общения) и социального взаимодействия людей:

- индивидуальные адаптивные трудности;

- неудачи выполнения конкретной задачи;

- конфликты со сверстниками;

- межличностные конфликты со значимыми людьми.

2. Лично-семейные конфликты:

- неразделенная любовь;

- измена любимого человека;

- развод родителей;

- тяжелая болезнь;

- смерть близких людей;

- половая несостоятельность.

3. Конфликты, обусловленные состоянием здоровья:

- психические заболевания;

- хронические соматические заболевания;

- физические недостатки.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

- страх уголовной ответственности;

- боязнь позора.

5. Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями.

Следует помнить, что вероятность возникновения суицидального поведения возрастает в вечернее, ночное и утреннее время, когда люди предоставлены самим себе, остаются наедине со своими мыслями, переживаниями; в условиях тяжелой морально-психологической обстановки в семье или ближайшем окружении.

Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют выявить лиц с повышенным риском суицида.

1.5. Признаки суицидального поведения:

Словесные признаки

Человек, готовящийся совершить самоубийство, часто говорит о своем душевном состоянии:

- Прямо и явно говорит о смерти: «Я собираюсь покончить с собой»; «Я не могу так дальше жить».
- Косвенно намекать о своем намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой»; «Тебе больше не придется обо мне волноваться».
- Много шутить на тему самоубийства.
- Проявлять нездоровую заинтересованность вопросами смерти[26].

Поведенческие признаки

1. Раздавать другим вещи, имеющие большую личную значимость, окончательно приводить в порядок дела, мириться с давними врагами.

2. Демонстрировать радикальные перемены в поведении, такие, как:

в еде - есть слишком мало или слишком много;

во сне - спать слишком мало или слишком много;

во внешнем виде — стать неряшливым;

в школьных привычках — пропускать занятия, не выполнять домашние задания, избегать общения с одноклассниками,

проявлять раздражительность, угрюмость;

находиться в подавленном настроении;

замкнуться от семьи и друзей;

быть чрезмерно деятельным или, наоборот, безразличным к окружающему миру;

ощущать попрежнему то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния. 3. Проявлять признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

Ситуационные признаки

Человек 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 родителями или родителей друг с другом; алкоголизм — личная или семейная проблема).
- Ощущает себя жертвой насилия — физического, сексуального или межличностного.
- Предпринимал раньше попытки суицида.
- Имеет склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершилось когда-то из друзей, знакомых или членов семьи.
- Перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей).
- Слишком критично настроен по отношению к себе[26].

- суицидальная попытка как способ попросить помощи (получить внимание, любовь);
- переживание обиды, одиночества, непонимания;
- любовные неудачи, неразделенные чувства или ревность;
- чувство мести, злобы, протеста;
- подражание героям книг, фильмов, эстрадным кумирам;
- страхи наказания;
- избежание трудных ситуаций.

Способы суицида

- Отравление лекарственными препаратами.
- Отравление бытовой химией.
- Порезы вен и повешение.
- Большинство исследователей полагают, что фатальные ДТП с единственной жертвой — фактически суициды[33].

2. Профилактическая и коррекционная работа по предотвращению суицидальных попыток среди учащихся разных возрастных групп в общеобразовательном учреждении.

2.1. Основные направления психопрофилактической работы

Ориентированы на помощь подростку в совладании с названными факторами риска. Одним из аспектов такой работы может быть осознание и принятие своих негативных чувств в сочетании с выработкой способов их выражения.

Цель — формирование у подростков позитивной адаптации к жизни, как процесса сознательного построения и достижения человеком относительно устойчивых равновесий отношений между собой, другими людьми и миром в целом.

Профилактика суицидального поведения должна быть направлена на решение следующих основных задач:

- своевременное распознавание и ликвидация состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства;
- раннее выявление суицидальных тенденций среди подростков, проведение психокоррекционной работы
- решение диагностических вопросов и применение необходимых профилактических мер;
- направление на лечение постсуицидальных состояний, дальнейшая психокоррекционная работа.

Основные направления деятельности по профилактике суицидального поведения

- развитие навыков общения со сверстниками.
- развитие навыков овладения своим эмоциональным состоянием (например, с помощью аутогенной тренировки).
- психологическое просвещение (и не только для "группы риска") должно знакомить подростков с практикой психологической помощи при экстремальных состояниях.
- индивидуальное консультирование подростков по любым проблемам.

В этой работе можно выделить несколько основных вариантов.

Первичная профилактика.

В случае, если у подростка выявлены суицидальные мысли, но попыток он не совершал, консультирование необходимо направить на:

- улучшение психологического климата в семье
- помочь родителям принять негативные чувства подростка
- развить навыки общения с подростком.

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

Задачи специалиста на данном этапе:

- ✓ Выявление детей, методами психодиагностики, нуждающихся в немедленной помощи и защите.
- ✓ Работа с семьей ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию или испытывающего кризисное состояние.
- ✓ Оказание помощи, обеспечение безопасности ребенка, снятие стрессового состояния.
- ✓ Сопровождение детей и подростков группы риска по суицидальному поведению с целью предупреждения самоубийства.
- ✓ терапия кризисных состояний
- ✓ формирование адекватных копинг-стратегий, способствующих позитивному принятию себя подростками и позволяющих эффективно преодолевать критические ситуации существования.

Мероприятия:

- Психодиагностика - может проводиться при помощи опросников и проективных методов психологических факторов риска суицидального поведения, которые позволяет выявить:
 - чувство вины
 - подозрительность и косвенную агрессию как возможные проявления невыраженной и непринятой подростком агрессии к другим людям.

◦ ряд опросников позволяет определить, снижен ли у подростка эмоциональный фон (САН, шкала сниженного настроения - субдепрессия В. Зунге-Т. Н. Балашовой).

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

Вторичная профилактика.

Консультирование выглядит иначе, если подросток совершил попытку самоубийства. В таких случаях бывает необходимо прежде всего:

- освободить и подростка, и его членов семьи от гипертрофированного чувства вины.

Для подростка желательно, чтобы близкие поняли и приняли бы его чувства как естественные, а не манипулировали бы при помощи чувства вины.

Цель - Предотвращение самоубийства.

Мероприятия

1.Оценка риска самоубийства

Происходит по схеме:

- крайняя (учавшийся имеет средство совершения самоубийства, выработан четкий план),
- серьезная (есть план, но нет орудия осуществления)
- умеренная (вербализация, намерения, но нет плана и орудий).

2.Оповещение соответствующего учреждения психического здоровья (психиатрическая клиника)

Запрос помощи.

Оповещение родителей:

Задачи специалиста на данном этапе:

- выступить в роли консультанта того, кто решил вступить в контакт с подростком, который грозится покончить жизнь самоубийством
- убедить и отговорить самоубийцу от последнего шага.

Третичная профилактика

На данном уровне в работе подключаются медицинские психологи, психиатры.

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

Мероприятия

1. возможность проконсультироваться с психологом

внимание к эмоциональному климату в школе и его изменению.

Задачи специалиста на данном этапе:

Оказание первой помощи, снятие стрессового состояния у очевидцев происшествия (дети, подростки, персонал школы).

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

2.2. Как вести себя с суицидальным подростком.

Если у вас возникают опасения относительно состояния ребенка или если в его семье уже имела место суицидальная попытка, следует предпринять меры по предупреждению суицидального кризиса. Эти действия включают две основных стратегии – постоянную работу по улучшению взаимоотношений в классе, повышению самооценки, самоуважения у ребенка.

2.2.1. Повышение самооценки.

Позитивная самооценка защищает подростков и молодых людей от психологического стресса и подавленности, а также помогает им лучше справляться со стрессовыми ситуациями в жизни.

Для повышения самооценки можно использовать следующие подходы.

- Всегда старайтесь подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще ребенку. Ощущение успешности, достижения в чем-то, в том числе, прошлые успехи улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее.
- Не следует оказывать постоянное давление на подростка или молодого человека или предъявлять чрезмерные требования в отношении все лучших и лучших результатов (в учебе, в личности и т.д.)
- Детей важно принимать такими, какие они есть.
- Поддерживайте самостоятельные устремления ребенка. Не судите его слишком строго. Вообще стремитесь поменьше оценивать. Самостоятельность и собственные умения – это строительный материал для повышения самооценки.
- Самооценка во многом зависит от физического развития, навыков общения среди сверстников. Поощряйте занятия спортом, успехи среди друзей.

2.2.2. Если существует суицидальный риск или уже произошла попытка.
Чаще всего подростки и молодежь в состоянии стресса или суицидального риска, а также после совершенной попытки испытывают главную проблему – проблему общения, т.е. неспособность или невозможность обсудить с кем-то возникшие проблемы. Поэтому диалог с человеком в это время является бесценным.

Первым шагом в предупреждении самоубийства всегда бывает установление

доверительного общения. Если его достичь не удается, возникает ситуация, в которой молчание и нарастающее напряжение в отношениях не позволяет осуществлять никаких полезных действий для подростка. Страх взрослых спровоцировать суицидальное поведение разговором о самоубийстве, обсуждением суицидальных мыслей и сигналов приводят к отсутствию эффективной коммуникации.

Что делать дальше?

1. Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.
2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка.
3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве. Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение может служить основанием для тревоги.
4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным жалобам и обидам ребенка. Не пренебрегайте ничем из сказанного.
5. Не бойтесь прямо спросить, не думает ли он (она) о самоубийстве. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы.

Следующие вопросы помогут завести разговор о самоубийстве и определить степень риска в данной ситуации:

Похоже, что у тебя что-то стряслось. Что тебя мучает?

Ты думал когда-нибудь о самоубийстве?

Каким образом ты собираешься это сделать? (Этот вопрос поможет определить степень риска: чем более подробно разработан план, тем выше вероятно сть его осуществления).

2.2.3. Помочь лицам с суицидальными тенденциями или отчаявшимся:

1. Вы должны оставаться самим собой. Остальное воспринимается как обман, пусть и непреднамеренный, звучит фальшиво и не является искренним для вас или ребенка.
2. В нашу задачу входит вступить с воспитанником в доверительные отношения, чтобы он смог рассказать вам правду о том, что у него на уме.
3. Что именно вы говорите (или не говорите) – не столь важно. Важно, КАК вы это говорите. Если вы не можете найти нужных слов, но переживаете искреннюю заботу, ваш голос, интонация передаст ее.
4. Имейте дело с человеком, а не «Проблемой». Говорите как равный; а не как старший. Если вы попытаетесь действовать как учитель или эксперт, или прямолинейно разрешать проблемы, это может оттолкнуть ребенка.
5. сосредоточьте свое внимание. Вслушивайтесь в чувства, а не только в факты, и в то, о чем умалчивается, наряду с тем, о чем говорится. Позвольте человеку, не перебивая, излить душу.
6. Не думайте, что вам следует что-то говорить каждый раз, когда возникает пауза. Молчание дает каждому из вас время подумать.

7. Проявите искренне участие и интерес, не применявте допроса с пристрастием. Прямые, прямые вопросы («Что случилось?», «Что произошло?») для собеседника будут менее угрожающими, чем сложные, «расследующие» вопросы.

8. Направляйте разговор в сторону душевной боли, а не от нее.

9. Постарайтесь увидеть и почувствовать ситуацию глазами ребенка. Будьте на его стороне, не принимайте сторону людей, которым он может причинить боль или которые причиняют боль ему.

10. Дайте возможность ребенку найти свои собственные ответы, даже если вы считаете, что знаете очевидное решение или выход.

12. Во многих случаях решения просто не существует, и ваша роль заключается в том, чтобы оказать дружескую поддержку, выслушать, быть с ребенком, который страдает.

13. И последнее. *Когда вы не знаете, что сказать, не говорите ничего. Но будьте рядом!*

2.2.4. Профилактическая беседа при суициде.

Беседа с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса — дело чрезвычайно тонкое, специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но порой обстоятельства складываются таким образом, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Как показывает опыт работы с суицидантами, для того чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Но прежде чем изложить основные правила профилактической беседы, сделаем несколько предварительных замечаний. Они касаются деталей, частностей, однако следует помнить, что для человека, находящегося в состоянии психологического кризиса, мелочи, детали играют порой не менее важную роль, чем веские логические доводы.

Приглашение на беседу

Ни в коем случае нельзя вызывать к себе человека на беседу через третьих лиц. Приглашение необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

Место беседы

Можно, конечно, провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее организовать его не в столь «формальном» месте. Главное — отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговор, сколько бы он не длился.

Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не посматривайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Начальный этап беседы

Главная задача этого этапа заключается в установлении эмоционального контакта с суицидентом, взаимоотношений опровергивающего партнерства, которые характеризуются высокой степенью доверительности.

Необходимо убедить индивида в том, что его проблемы будут поняты, что вы искренне разделаете его заботы и трудности. Этим вы предоставляете ему возможность более откровенно говорить о своей ситуации и переживаниях.

Ваш собеседник должен быть выслушан терпливо и сочувственно, без высказывания сомнений и критики. Даже если вы не разделяете высказанных собеседником оценок, по-иному смотрите на окружающих его людей, на сложившуюся ситуацию, не спешите противоречить, спроворачивать, высказывать свои взгляды. На первом этапе необходимо только внимательное эмпатическое выслушивание, доброжелательность, искреннее (не показное!) стремление понять собеседника. Даже ваши вопросы, уточнения не должны на этом этапе нести в себе элементов сомнения в правомерности его мнений и представлений. В результате вы будете восприниматься как человек понимающий, чуткий и заслуживающий доверия.

В процессе беседы формируется более полное представление о личности суицидента, его потребностях, интересах и ценностях. Необходимо уточнить также сведения о близких ему людях, так как именно они (родственники, друзья и т.д.) часто являются теми резервными источниками помощи и поддержки, которые будут способствовать преодолению человеком существующего кризиса. Слушая собеседника, не только обращайте внимание на его слова, но и старайтесь выявить подтекст, замечайте недомолвки, оговорки, следите за манерой общения и поведения, особенностями речи, жестов, мимики, они же мелкие слова помогут вам определить, установлен ли тот взаимный контакт, когда можно будет переходить ко второму этапу беседы.

Второй этап беседы

В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась кризисная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние человека. Один из наиболее существенных моментов этого этапа — снятие у суицидента ощущения безвыходности его ситуации.

Установив причины и последовательность развития кризиса, необходимо преодолеть имеющееся у суицидента представление об исключительности его неблагоприятной ситуации, убедить в том, что подобные ситуации возникают и у других людей, что положение дел вполне исправимо и причины могут быть устранимы.

С этой же целью можно использовать вопросы, сформулированные таким образом, что сам ответ на них будет предполагать изменение позиции человека по отношению к его проблемам и трудностям. При этом необходимо помнить золотое правило психотерапии: «Если не можешь изменить обстоятельства, измени отношение к ним».

В атмосфере искреннего эмпатического выслушивания человек, рассказывая о своей жизни, сообщает об успехах и достижениях, о трудностях, с которыми ему приходится сталкиваться. Необходимо тактично подчеркнуть эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению жизненных неизгод. Следует отметить, что такая поддержка, будучи методом косвенного внушения, является очень эффективным приемом психологической помощи и должна неоднократно применяться на протяжении всей беседы.

В ходе этого этапа необходимо также использовать приемы, поддерживающие и углубляющие содержание беседы. К ним относятся высказывания, направленные на внесение последовательности в рассказ. В результате переживаемой эмоциональной напряженности собеседник может забегать вперед в своем рассказе или пропускать некоторые моменты, иногда весьма существенные. В то же время суициденты в ходе беседы часто фиксируются на психотравмирующих эпизодах. Этую тенденцию необходимо решительно преодолевать, в противном случае негативные переживания будут усиливаться.

Установление последовательности фактов, приведение их в определенную систему во многих случаях приводит человека к изменению оценки ситуации, к осознанию того, что неблагоприятная ситуация, приемлемая им как непреодолимая и безнадежная, вполне поправима. Следует учитывать, что и сам процесс рассказа о своей ситуации и переживаниях способствует снятию отрицательных эмоций.

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно повторять некоторые факты, которые вам сообщили ранее, тем самым проявляя заинтересованность в собеседнике, оказывая ему внимание.

В завершение второго этапа беседы целесообразно четко сформулировать ситуацию, переживаемую суицидентом. Точная формулировка ситуации создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете.

Третий этап беседы

Данный этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Следует иметь в виду, что вероятность реализации планируемых действий будет выше в тех случаях, когда наш собеседник играет ведущую роль в планировании.

Основываясь на знании личности суицидента, его отношениях с окружающими в настоящей неблагоприятной ситуации, необходимо предложить определенный вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

Преодоление психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, принципиально разрешимые задачи: для решения ближайших задач предполагается несколько предварительных решений.

Советы необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не настаивать на их истинности в последней инстанции», апеллируя к собственному опыту. Каков бы ни был ваш собственный жизненный и профессиональный опыт, дать 100-процентный хороший совет просто невозможно, поскольку жизненные ситуации каждого человека строго индивидуальны и уникальны. Наиболее приемлемыми будут те рекомендации, которые опираются на систему ценностей самого суицидента, в противном случае он будет механически отвергать наставляемые ему взгляды, недоверчиво и без необходимого внимания относиться к вашим словам.

В некоторых случаях в ходе планирования действий суициденты занимают пассивную позицию, пытаются вернуться к обсуждению проявления своего эмоционального состояния. В этом случае необходимо вернуть собеседника к обсуждению конкретных планов.

В результате анализа предварительных решений вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы придаст индивиду уверенность в собственных силах, повысит его самооценку.

Четвертый (завершающий) этап беседы

Это этап окончательного формирования решения, активной психологической поддержки и придачи индивиду уверенности в своих силах и возможностях. Необходимо призвать его проявить максимум зала и целеустремленности для достижения желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. В тех случаях, когда индивид выражает сомнения относительно каких-либо моментов намеченного плана, на них следует остановиться особо, при этом проявить решительность, настойчивость, подобрать веские аргументы и доказательства.

Если в ходе беседы индивид активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Однако может сложиться ситуация, когда в силу различных обстоятельств невозможна срочная госпитализация для оказания специализированной помощи. В этом случае беседа должна быть направлена на коррекцию суицидогенных личностных установок.

С этой целью необходимо убедить суицидента в следующем: тяжелое эмоциональное состояние, переживаемое им в настоящий момент, является временным: другие лица в аналогичных ситуациях чувствовали себя также тяжело, а со временем их состояние полностью нормализовалось; его жизнь нужна родным, близким, друзьям, и его уход из жизни станет для них тяжелой травмой (актуализации антисуицидальных факторов);

он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из жизни в силу его крайней важности лучше отложить на некоторое время, спокойно его обдумать. (Подчеркивание права индивида распоряжаться собственной жизнью повышает его самооценку, увеличивает ответственность за свое поведение, уменьшает актуальность суициальных переживаний.)

Важнейшим условием профилактической и психокоррекционной беседы является ее анонимность. Это значит, что любая информация, сообщенная индивидом, не может быть передана без его согласия кому бы то ни было, а тем более стать предметом обсуждения в его окружении. Нарушение этого принципа подрывает основу доверия, что в итоге делает дальнейшую профилактическую и психокоррекционную работу чрезвычайно затруднительной, а порой и просто невозможной.

После беседы необходимо тщательно осмыслить ее результат, сделать необходимые записи и продумать основные направления последующей работы. Дальнейшая работа будет складываться, исходя из анализа беседы с учетом личностных особенностей индивида и сложившейся ситуации. Поэтому любые детализированные рекомендации на этот счет весьма затруднительны. Однако основные советы могут состоять в следующем:

учитывая повышенную вероятность неадекватных реакций, необходимо создать для индивида на какой-то период более спокойные условия деятельности и выйти до освобождения его на некоторое время от выполнения основных обязанностей; не следует оставлять индивида на этот период без контроля и внимания. Эту задачу целесообразнее поручить его родным и друзьям; при необходимости следует продумать возможность госпитализации индивида.

Таким образом, для проведения профилактической беседы с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, можно предложить определенное ее построение с выделением основных этапов. Однако возможно, что беседа пойдет в другом направлении, этапы могут меняться местами, совмещаться и т.п., так как любая схема несет в себе элемент условности. Творческое применение методики, искреннее желание помочь человеку в беде, удержать его от рокового шага должно быть главным ориентиром в работе.

2.3. Основные направления психокоррекционных мероприятий:

- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;
- Уменьшение психологической зависимости от причины, вызвавшей суициальное поведение;
- Формирование компенсаторных механизмов поведения;
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти;
- Обучение социальным навыкам и умению преодолевать стресс;
- Психологическая коррекция пассивной стратегии избегания;
- Увеличение уровня самоконтроля;
- Коррекция направленности личности;
- Повышение самооценки, развитие адекватного отношения к собственной личности.

• Выработка мотивации на достижение успеха

Работая во всех обозначенных направлениях, специалист-психолог, при условии достаточного доверия со стороны подростка, вполне может вернуть ему желание жить. Необходимо отметить, что данные мероприятия могут проводиться, как индивидуально, так и в группе, в форме тренингов. Предлагается необходимый перечень тренингов разработанных для подростков:

- ✓ "Пойми себя"
- ✓ Методика преодоления конфликтов
- ✓ «Мир моих чувств и эмоций»
- ✓ Тренинг бесконфликтного поведения
- ✓ "Успешное общение"
- ✓ "Техники успешного общения на все случаи жизни"
- ✓ "Профориентация и личностная диагностика"
- ✓ "Устойчивость и неуязвимость"
- ✓ "В ногу со временем"

Занятия должны проводить квалифицированные детские психологи с большим опытом работы и постоянно работающие с детьми и подростками.

Для самих подростков тренинг - это прекрасная возможность интересно и с пользой провести время, пообщаться со сверстниками в комфортной обстановке, зачастую приобрести новых друзей, а также получить множество полезных знаний и навыков, например, освоить приемы и техники успешного общения, научиться лучше понимать других людей, больше узнать о себе, о своих сильных и слабых сторонах, сориентироваться в выборе профессии, понять, как тебя воспринимают окружающие, почему возникают те или иные конфликты, трудности в отношениях. Во время тренинга обычно производится разбор конкретных сложных ситуаций во взаимоотношениях.

Цель тренингов:

стимулирование размышлений школьника о собственных перспективах личностного и профессионального самоопределения, диагностика своих интересов и склонностей, навыков их рационального применения в жизнедеятельности.

Основные задачи тренингов:

- повысить самооценку подростков (стать более уверенными, научиться относиться к себе уважительно и поверить в свои силы)
- изменить отношение к ошибкам, научиться воспринимать отрицательный опыт как обратную связь
- научить сознавать и брать на себя ответственность
- тренировать бесконфликтное общение
- научить планировать свою жизнь стать более осознанным
- изменить свое отношение к себе
- отработать на практике позицию успешного человека
- научить брать ответственность в сложных ситуациях и делегировать чужую
- раскрыть способности и резервы

- научить осознанно принимать решения, ставить цели и активно действовать.

Тренинг научит:

- добиваться своих целей в общении;
- успешно убеждать другого человека и вести конструктивный диалог;
- управлять собственными эмоциями в разных коммуникациях;
- быстро приводить себя в ресурсное состояние;
- конструктивно реагировать на привычные сложные ситуации в общении.
- спрашивать с одиночеством

Тренинги - дают возможность:

- ✓ потренироваться в общении и активном слушании;
- ✓ узнать свой стиль общения, сделать его более совершенным;
- ✓ чувствовать себя спокойно в ситуациях агрессии и пр.;
- ✓ стать интересным собеседником и внимательным слушателем;
- ✓ расширить круг общения дома и найти новых друзей на тренинге.
- ✓ проработать техники, которые помогут просчитать результаты действий;
- ✓ узнать, как минусы своего темперамента обернуть в плюсы;
- ✓ пройти личностную диагностику, позволяющую узнать новое в себе.
- ✓ грамотно планировать свое время;
- ✓ контролировать свою "природную лень";
- ✓ мотивировать себя даже на ту деятельность, которая в данный момент не кажется привлекательной;
- ✓ повысить свою результативность в учебной и досуговой деятельности.
- ✓ определить степень уверенности своего поведения;
- ✓ узнать секреты успешных людей и применить их к самому себе;
- ✓ узнать, откуда черпается "сила уверенности";
- ✓ повысить самооценку;
- ✓ определить способы личностной самореализации;
- ✓ ответить на извечные вопросы "Кто виноват?" и "Что делать?".
- ✓ видеть ситуацию глазами другого человека;
- ✓ больше не бояться ошибок и неудач;
- ✓ отличать уверенность от агрессии и неуверенности;
- ✓ представлять себя без стеснения и уверенно чувствовать в новой обстановке;
- ✓ сохранять уверенное состояние в различных жизненных ситуациях;
- ✓ с уверенностью отстаивать свое мнение, обращаться с просьбой или говорить "нет".
- ✓ потренироваться в уверенном поведении в разных ситуациях;
- ✓ получить обратную связь о своем поведении, посмотреть на себя со стороны;
- ✓ расширить свои возможности, отработать различные способы реагирования в сложных ситуациях.

- ✓ повысить свою осознанность и эффективность в начале жизненного пути;
- ✓ поверить в свои силы и огромные внутренние ресурсы;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Карамзин Н. [36] справедливо назвал самоубийство «нензъяснимым феноменом в нравственном мире». На наш взгляд, к детским и подростковым суицидам эту фразу можно отнести двойне и тройне. «Самоубийство совершается в особую, исключительную минуту жизни, когда черные волны заливают душу и теряется всякий луч надежды. Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадежности. Но, когда есть надежда, можно перенести самые страшные испытания и мучения, потеряв же надежды склоняет к самоубийству» [36]. Известный психотерапевт и экзистенциалист Франкл В. [22] говорил: «Если знаешь, зачем жить, можно вынести любое како».

Помочь человеку определить его индивидуальный, личностный смысл жизни – задача современного направления суициологической и кризисной психотерапевтической служб республики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Heiksson et al. Increased temporal cortex CREB concentrations and antidepressants treatment in major depression // Lancet. 2008, Vol. 28. -P. 352–354.
- 2 Ozgur K. Addictions and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for substance Abusers (MDGT). // New York: Guilford Press, 2002.
- 3 Шнейдман Э. Душа самоубийцы. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.
- 4 Абрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. / Психологический журнал, Том 6 №6 1985. — с.107-115.
- 5 Вагин Ю. Н. Профилактика деструктивного поведения: Научно-методическое пособие. - Пермь: Издательство ПОНЦИАА, 2004
- 6 Вагин Ю.Р. Активная активность. — Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001
- 7 Гузиков Б.М., Вдовиченко А.А., Иванов Н.Я. Выявление контингентов подростков с риском злоупотребления наркотическими и другими токсическими веществами. — Обозр. психиатр. и мед. психол., 1993, №1, с.73–75.
- 8 Дереклесва Н.И. М.: Девиантное поведение подростков. «Баков», 2005, 256 с.
- 9 Крыжановская А.О. «Детские и молодежные суициды как социальная проблема» Дальневосточный государственный университет институт психологии и социальных наук факультет психологии. Еженедельная методическая газета для педагогов – психологов «Школьный психолог».
- 10 Дюркгейм Э. Самоубийство // Даугава, Рига, 1992, № 1. С. 151-174.
- 11 Тихоненко В.А. Позиция личности в ситуации конфликта и суицидальное поведение // Российский психиатрический журнал. – 1998, № 3 – с. 21-24.
- 12 Лапицкий М. А., Ваулин С. В. Суицидальное поведение. — Смоленск, 2000. — 156 с.
- 13 Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. — Л: Медицина, 1979; изд. 2-е, доп. и перераб.. Л: Медицина, 1985.
- 14 Алмазов Б.Н. Старшеклассник без стрессов и тревог: Программы учебно – тренировочных и клубных занятий: метод. пособие – М: Глобус, 2006.
- 15 Личко А.Е., Александров А.А. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л: Медицина, 1977; изд. 2-е доп. и перераб., Л: Медицина, 1983.
- 16 Желлова Л.Я. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.
- 17 Розанов В. А., Моховиков А. Н., Вассерман Д. Нейробиологические основы суицидальности // Український медичний часопис. — 1999. — Т. 6, № 11-12. — С. 28-36.

- 18 Розанов В. А., Мохоников А. Н., Вассерман Д. Нейробиологические основы суицидальности // Український медичний часопис. — 1999. — Т. 6, № 11-12. — С. 28-36.
- 19 Пилаткина Г. Я. К вопросу о клинико-патогенетической типологии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2000. — Т. 4, № 1. — С. 22-24.
- 20 Озерецковский С.Я. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Выявление депрессии у подростков при патохарактерологическом исследовании. — В кн.: Аффективные расстройства. Диагностика. Лечение. Ребилитация. Ред. В.И.Кашкаров. — Л.: изд. инст. им. Бектерева, 1988, с.47-52.
- 21 Лапинский М. А., Ваудик С. В. Суицидальное поведение. — Смоленск, 2000. — 156 с.
- 22 Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник: Пер. с англ. и нем./ Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; в ст. Д.А. Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. - с.5.
- 23 Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме //Метод. рекоменд., М., 1980. — 16 с.
- 24 Личко Е.И. Алкоголизм и аутоагрессия // Актуальные probl. суицидол. — М., 1981. — С. 185 – 195.
- 25 Кондрашенко В.Т. Суицидальное поведение женщины, страдающих алкоголизмом // Научн. и организац. Пробл. суицидологии. — М., 1983. — С. 129 – 132.
- 26 Конанчук Н.В., Матер С. Современные аспекты адаптации. М., 1990.
- 27 Seir A. Effects of repeated Ritanserin on middle – aged poor sleepers // Psychopharmacology. - 1999. - Vol. 99. -P. 219-221.
- 28 Воротин К.Э. Типологический анализ онтогенеза индивидуальных различий // Вопросы психологии. — 2002 - № 2 – с. 5-12.
- 29 Lukas K., Seyger G. Hippocampal volume in patients with alcohol dependence. Arch Gen Psychiat. 2000; 56:4:356-363.
- 30 Glaser K. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. // J. Nerv. Ment. Dis., 2003; 156:242-248.
- 31 Zempl L. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. Alcohol clin. Exp. Res., 2008; 22:5:998-1040.
- 32 Прихожан А.М. О психологическом смысле суицидов // Наукова думка, 2006. С. 22-29.
- 33 Мохоников А.Н. Суицидальный клиент: взгляд гештальт-терапевта // Суицидология: прошлое и настоящее. М., 2001, с. 453-462.
- 34 Ламонт К. Иллюзия бессмертия. М., 1994. 285 с.
- 35 Войцех В.Ф. Суицидальное поведение как дигенетический процесс // Матер. 14 съезда психиатров России, М. – 2005, с. 435-436.
- 36 Карадзин Н. Воля к истине. М., 1996г. 229 С.