

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей,
нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи,
«Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда»
(ГБУ АО «Центр «Надежда»)



**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ В ПОМОЩЬ
КУРАТОРУ СЛУЧАЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКИ,
НЕСУИЦИДАЛЬНОГО САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО
ПОВЕДЕНИЯ И СУИЦИДА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Архангельск, 2021

Составители:

ШкрЯбина Ольга Николаевна – педагог-психолог отделения сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр Надежда»;

Воронцова Ирина Сергеевна – педагог-психолог отделения сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр Надежда»;

Иванникова Наталья Александровна – заведующий отделением сопровождения несовершеннолетних в кризисных ситуациях ГБУ АО «Центр Надежда».

Методическое пособие в помощь куратору случая суицидальной попытки, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего подготовлено для специалистов-кураторов с целью повышения их знаний, умений и профессиональных компетенций в области работы с детьми данной категории. В пособии собрана необходимая информация о функциях куратора в общей системе работы с несовершеннолетним, совершив суицидальную попытку, несуйцидальное самоповреждающее поведение, имеющего суицидальные тенденции, а также возможная работа со случаем завершенного суицида. Пособие поможет специалисту разобраться, как оказать помощь ребенку с суицидальным поведением, правильно оценить риск суицида, заполнить форму анализа случая, подобрать диагностический инструментарий для мониторинга состояния несовершеннолетнего и как сохранить собственное эмоциональное благополучие.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1 Особенности кураторства как формы работы со случаем суицидальной попытки, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего.....	6
1.1 Квалификация случая и функции куратора.....	9
2 Особенности взаимодействия куратора с несовершеннолетним и его семьей.....	13
2.1 Этические принципы работы с несовершеннолетним и его семьей.....	13
2.2 Установление контакта с несовершеннолетним: особенности, коммуникативные техники, правила и рекомендации.....	14
3 Оценка суицидального риска.....	18
3.1 Организация проведения оценки суицидального риска.....	18
3.2 Оценка суицидального риска при проведении диагностического интервью.....	18
3.3. Основной и дополнительный диагностический инструментарий для оценки состояния несовершеннолетнего и его особенностей личности.....	23
4 Анализ случая суицидальной попытки, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего. Особенности сбора информации при заполнении форм.....	26
5 Оказание экстренной психологической помощи несовершеннолетнему.....	29
5.1 Особенности консультативной помощи несовершеннолетнему с суицидальным риском и его законным представителям.....	29
5.2 Особенности оказания экстренной психологической помощи несовершеннолетнему в случае угрозы совершения суицида.....	31
6 Профилактика эмоционального выгорания специалиста в условиях работы со случаем суицидальной попытки, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего.....	34
Заключение.....	40
Список использованных источников.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Суицид является крайней формой саморазрушающего поведения. Под суицидальным поведением понимаются различные формы аутодеструктивной активности, обусловленные стремлением лишить себя жизни и служащие средством разрешения личностного кризиса, возникшего при столкновении личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших потребностей.

Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей. Было бы ошибочно относить суицидальные попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения [6].

Проблема проявления суицидальной и самоповреждающей активности несовершеннолетними в Архангельской области является на сегодняшний день одной из наиболее острых. По итогам 2020 года число несовершеннолетних, совершивших попытки суицида, самоповреждения по данным ОМВД России по Архангельской области – более двухсот, чуть менее половины приходится на г. Архангельск. В более 10% случаях от общего числа зафиксированных лиц, несовершеннолетние совершали попытки и самоповреждения неоднократно. В поступающей из муниципальных образований информации подобное поведение сопровождало некоторых детей на протяжении ряда лет до того момента, когда на это проявилась видимая реакция со стороны социального окружения. Данная ситуация способствовала усугублению их состояния, развитию депрессии и выходу на более серьезные формы суицидального поведения, требующие неотложной госпитализации в психиатрическое отделение.

С целью своевременного выявления признаков суицидальной активности, оказания своевременной комплексной помощи несовершеннолетним и их родителям (законным представителям), Постановлением комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области № 8/2 от 07.08.2017 (с изменениями и дополнениями от 27.11.2019 Постановление № 11/2), утвержден Порядок межведомственного взаимодействия по профилактике суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения и суицидов несовершеннолетних (далее Порядок). Результатом оказания данной помощи является мобилизация физических, духовных, личностных, интеллектуальных ресурсов несовершеннолетнего для выхода из кризисного

состояния, расширение диапазона приемлемых средств для самостоятельного решения возникших проблем и преодоления трудностей.

Для создания атмосферы эффективного посредничества между семьей и специалистами, оказывающими помощь, а также нацеленного индивидуального подхода к каждому конкретному случаю, в 2019 году в Порядок межведомственного взаимодействия вводится кураторство случая, где куратором выступает отдельный специалист из числа членов муниципальной группы оперативного реагирования. Кураторство позволяет сделать процесс комплексного сопровождения ребенка наиболее скоординированным, а также обеспечивает возможность мониторинга его эмоционального состояния отдельным ответственным лицом.

От специалиста, назначенного куратором Руководителем муниципальной группы оперативного реагирования, требуется достаточный уровень компетенции в вопросах работы с детьми данной категории, оказания им помощи. Разработка методического пособия для куратора случая имеет под собой цель помочь сориентироваться в наиболее важных для решения его задач вопросах. Собранная информация призвана сориентировать специалиста в оказании помощи ребенку с суицидальным поведением, правильно оценить риск суицида, заполнить форму анализа случая, подобрать диагностический инструментарий для мониторинга состояния несовершеннолетнего и сохранить собственное эмоциональное благополучие.

Методический материал в пособие подобран с учетом часто возникающих у специалистов вопросов.

1 Особенности кураторства как формы работы со случаем суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего

В соответствии с Порядком *куратором* случая является *специалист*, сопровождающий несовершеннолетнего и (или) его семью с целью преодоления кризисного состояния.

Куратор выступает посредником между несовершеннолетним и (или) семьей и муниципальной группой оперативного реагирования. Он назначается Руководителем муниципальной группы оперативного реагирования и, на момент назначения, является ее членом. При этом стоит отметить, что в состав муниципальной группы оперативного реагирования (п. 3.2 Порядка) входят специалисты здравоохранения, образования, учреждений социального обслуживания, опеки и попечительства, территориальных отделов полиции, обученных по проблеме суицидологии.

Необходимо отметить, что в случае совершения суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетним, относящимся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, помещенным под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, куратором случая назначается представитель государственной организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

К задачам куратора случая относятся (п. 3.7 Порядка):

- взаимодействие со специалистами всех органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и социальным окружением несовершеннолетнего;
- организация комплексной помощи в соответствии с планом индивидуально-профилактической работы (далее – ИПР);
- способствование занятости подопечного через вовлечение его в различные мероприятия (социальные, досуговые, спортивные) и трудовую деятельность;
- информирование несовершеннолетнего о местах и возможностях получения необходимой помощи для разрешения трудной жизненной ситуации;
- оперативное реагирование на сигналы от других субъектов профилактики;
- наблюдение за поведением и эмоциональным состоянием несовершеннолетнего;
- при ухудшении ситуации либо при подозрении на угрозу повторной суицидальной попытки – определение уровня риска;
- в случае выявления повторного факта суицидального поведения, уведомление руководителя муниципальной группы оперативного реагирования;
- в течение 10 дней с момента регистрации факта руководителем муниципальной группы оперативного реагирования направление анализа

случая (приложение № 5 к Порядку) в государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» (далее – Центр «Надежда»);

- проведение анализа эффективности проведенной работы на итоговом заседании муниципальной группы оперативного реагирования.

Несмотря на достаточно широкий перечень задач одного специалиста, назначенного куратором, сопровождение несовершеннолетнего в соответствии с п. 1.4. Порядка носит комплексный характер и подразумевает работу как минимум нескольких специалистов. Так, при наличии оснований для постановки несовершеннолетнего и (или) семьи несовершеннолетнего, совершившего суицидальную попытку, в том числе повторное несуйцидальное самоповреждающее поведение, на учет в категорию находящихся в социально опасном положении, организуется работа в соответствии с технологией работы с несовершеннолетними и семьями, находящимися в социально опасном положении (Постановление 373-пп).

Если семья и (или) несовершеннолетний состоят на учете в категории социально опасного положения, организуется работа по включению в утвержденный ранее план ИПР дополнительных мероприятий с учетом совершенной суицидальной попытки, либо повторного несуйцидального самоповреждающего поведения.

В остальных случаях осуществляется постановка несовершеннолетнего и (или) семьи на контроль для последующего наблюдения и оказания необходимой социальной помощи в рамках Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

В план индивидуальной профилактической работы (п. 1.5 Порядка) в обязательном порядке включаются мероприятия специалистов других субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: психологов, врачей, специалистов, имеющих специальную подготовку по работе с несовершеннолетними, находящимися в кризисном состоянии; из медицинских организаций, учреждений социального обслуживания, центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи, некоммерческих организаций и других, в соответствии с возможностями (ресурсами) муниципального образования.

Таким образом, функция куратора носит, по отношению к организации помощи ребенку, координационный характер, тогда как ответственность за ее оказание несет каждый специалист, включенный в план сопровождения.

Для удобства реализации данной функции куратору будет полезно иметь контактные данные не только членов семьи, но и всех ответственных за оказание помощи специалистов. Частота переговоров с реализующими план лицами зависит от самого случая, доминирующее значение в котором приобретает уровень суицидального риска ребенка, оценка которого производится после выявления события. Стоит обратить внимание, что куратор сам должен уметь на момент назначения оценивать суицидальный

риск, так как при ухудшении ситуации, либо при подозрении на угрозу повторной суицидальной попытки он по Порядку решает эту задачу.

Обращая внимание на ряд задач, таких как, наблюдение за поведением и эмоциональным состоянием несовершеннолетнего, способствование занятости подопечного через вовлечение его в различные мероприятия (социальные, досуговые, спортивные) и трудовую деятельность, можно сделать вывод о необходимости достаточно прочного контакта с несовершеннолетним и его законным представителем на весь период сопровождения.

Если куратором назначен социальный педагог или психолог образовательной организации или учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которых несовершеннолетний проводит значительную часть времени, отследить эмоциональное состояние и особенности поведения ребенка задача вполне выполнимая, тогда как специалист любого другого учреждения данную задачу может выполнять, лишь опосредованно, путем телефонных переговоров с законным представителем и образовательной организацией, ограничиваясь несколькими встречами с ребенком и (или) семьей в месяц.

Подобная ситуация возникает и с прямым вовлечением несовершеннолетнего в различные мероприятия. Организация подобных мероприятий куратором из медицинского учреждения или центра психологической помощи, опять же может быть реализована путем договоренности с учреждениями и организациями – участниками плана ИПР, в которых подобные мероприятия проводятся согласно их функционалу работы. Для удобства выполнения данной задачи куратору рекомендуется запросить от других участников сопровождения ряд планируемых на определенный период мероприятий, которые могла бы посетить как семья, так и сам несовершеннолетний. На личных встречах или в телефонном разговоре обсудить предложения с семьей и обозначить возможность их участия. Информацию, включая даты встреч и их результат, необходимо фиксировать в письменном виде для подготовки к проведению итогового анализа эффективности проведенной работы на заседании муниципальной группы оперативного реагирования.

Информирование несовершеннолетнего о местах и возможностях получения необходимой помощи для разрешения трудной жизненной ситуации можно подготовить в виде памятки или буклета с контактной информацией всех необходимых служб на муниципальном, региональном и федеральном уровне.

Контакт с семьей ребенка куратор осуществляет в пределах своих профессиональных возможностей и тех компетенций, которые он получил в ходе обучения по проблеме суицидологии. Он также отвечает за мероприятия плана сопровождения в своей части, в зависимости от вида оказываемой им помощи. В этом аспекте важно понимать, что поддержка семьи в психологической части закрепляется за специалистом именно с психологическим образованием, компетентным в техниках оказания данной

помощи, на куратора с иным образованием функции личного семейного психолога Порядком не возлагаются, более того, собственная инициатива специалиста выйти глубоко за рамки своей компетентности может навредить.

Исключение в данном случае составляет как раз оказание экстренной психологической помощи ребенку-суициденту и его семье, основы которой получает специалист при обучении, а также умение оценить риск совершения суицида.

Не менее важным для куратора является возможность определения суицидального компонента и при его наличии – этапа формирования суицидального поведения.

1.1 Квалификация случая и функции куратора

При поступлении случая в уведомлении Руководителю муниципальной группы оперативного реагирования и при последующем заседании данной группы поведение ребенка должно быть правильно квалифицировано. Эта необходимость существует для выбора приоритетной помощи ребенку и подразумевает отличие в мерах реагирования. Куратору важно ориентироваться в правильном определении несуйцидального и суицидального поведения.

Оценка суицидального риска, которая проводится специалистом до заседания группы реагирования и самим Куратором при необходимости (в ходе сопровождения) подразумевает верное определение поведения несовершеннолетнего, однако практика поступления анализов случаев с неточной квалификацией дает основание закрепить у Куратора основные понятия.

Если несовершеннолетний нанес самоповреждения, при этом в диагностической беседе проговорил возникающие суицидальные мысли или суицидальный компонент виден по результатам диагностики, данное поведение следует отнести к суицидальному (суицидальное самоповреждающее поведение). Тогда как несуйцидальное самоповреждающее (парасуйцидальное) поведение характеризуется нанесением самоповреждений, которые обычно совершаются с целью уменьшения переживаемого эмоционального напряжения и не несут в себе суицидального компонента.

Суицидальное поведение – понятие широкое и, помимо суицида, включает в себя суицидальные попытки и проявления. Впервые этот термин был предложен G. Deshais в 1947 г. В отечественной психиатрии определение суицидального поведения впервые было дано А. Г. Амбрумовой (1978), в котором наиболее полно отражен весь спектр его проявлений: «Суицидальное поведение является следствием социально – психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитаальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения и внешние – суицидальная попытка и завершённый суицид». Следует подробнее

остановиться на формах внутреннего поведения, которые, по мнению В. А. Тихоненко (1978), являются также этапами формирования суицида [6].

Антивитальные переживания – это отрицание жизни без четких представлений о собственной смерти.

Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретизации в плане лишения себя жизни.

Суицидальные замыслы понимаются как активизация проявления суицидальности (тенденция к самоубийству), которая сопровождается аффективной напряженностью. Происходит разработка планов реализации суицида, продумываются способы, время и место акта.

Суицидальные намерения характеризуются принятием решения о самоубийстве, что предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего внутреннее суицидальное поведение во внешнее.

К внешним формам суицидального поведения относится суицидальная попытка и завершённый суицид.

В литературе продолжает дискутироваться вопрос о различиях и общих чертах завершённых и незавершённых суицидов. Определение нефатальных суицидов более усложнено. Уже давно установлено, что далеко не все незавершённые суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Целью большинства из них является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой.

«Суицидальная попытка (парасуицид) – действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». Это определение включает, в том числе, действия, прерванные другими лицами до нанесения самоповреждения, и исключает аутоагрессивные действия людей, не понимающих или не осознающих их последствий (Bille-Brahe U., 1998). В свою очередь, нельзя отрицать, что среди совершивших парасуицид, достаточно много лиц, демонстрировавших серьёзное желание умереть. По мнению А. Г. Амбрумовой (1978), степень желая смерти при истинных и манипулятивных попытках суицида различна, что отражается на условиях и способах суицидального действия.

Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения: попыткам разрешить трудную жизненную ситуацию непригодными, неадекватными способами.

На сегодняшний день существует достаточно много определений самоубийства. Одно из наиболее первых и исчерпывающих было сформулировано Эмилем Дюркгеймом 110 лет назад: **«Самоубийством** называется всякий смертный случай, являющийся непосредственным или

опосредованным результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот пострадавший знал об ожидавших его результатах» (Durkheim E., 1897).

Более лаконично ту же дефиницию излагает Морис Фарбер: «*Самоубийство* – это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни». E. Stengel (1967) определил суицид как «фатальное нанесение самоущерба под влиянием осознанного аутодеструктивного намерения». E. Shneidman (1985, 1994) дал следующее определение: «*Суицид* есть сознательное самоуничтожение, необходимое хорошо понимающему свое состояние индивидууму, считающему самоубийство самым лучшим решением своей проблемы». Необходимо отметить, что продолжается дискуссия о необходимости включения в определение сознательного желания умереть. Так как самоубийство является способом ухода из жизни, смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели (Корнетов А. Н., 2002).

Многие суицидологи придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия, имеют двойственное отношение к смерти. Достаточно часто человек не хочет умирать, то есть не видит смерть как цель, но тем не менее желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее – воспринимает смерть как средство (Bille-Brahe U., 1998). Суицидальное поведение в большинстве стран Европы пользуются определением, принятым рабочей группой по профилактике самоубийств и суицидальных попыток регионального европейского офиса Всемирной организации здравоохранения (1986). «*Суицид* – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения». Данное определение не включает в себя описание конкретного желания смерти, однако ограничивает внесение в это понятие смертей лиц, не понимающих или не осознающих потенциальную летальность своих действий (ряд психотических пациентов; лица, страдающие тяжелой умственной отсталостью или деменцией). R. F. W. Diekstra (1988) предложил следующее определение суицида для МКБ-10: «Акт с фатальным исходом, который умышленно был начат и исполнен самим погибшим субъектом, при условии знания или ожидания последним такого исхода, причем исход рассматривается субъектом как инструмент в достижении желаемых изменений в самосознании и социальном окружении». В этом определении выделение завершено суицида звучит как единственный правильный термин для этого явления (Войцех В. Ф., 2007).

Таким образом, выбор способа суицида может служить показателем истинности намерения умереть (Гилод В. М., 2002). Это имеет как теоретическую, так и практическую значимость для разработки терапевтической тактики и мер вторичной профилактики.

Во всех вышеперечисленных квалификациях куратор включается в систему мер помощи несовершеннолетнему и (или) семье за исключением

случая завершеного суицида, прямого указания на кураторство подобных случаев в Порядке не отражено. Однако на усмотрение Руководителя муниципальной группы оперативного реагирования в связи с подготовкой анализа случая и реализуемых мер помощи ближайшему окружению, кураторство случая может носить временный характер на период реализации важных мер реагирования в постсуицидальный период и ограничиваться решением следующих задач:

- взаимодействие со специалистами всех органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и социальным окружением несовершеннолетнего (на период организации мер помощи ближайшему окружению, проведения процедуры дебрифинга в классе, родительских собраний в образовательной организации);

- в течение 10 дней с момента регистрации факта руководителем муниципальной группы оперативного реагирования направление анализа случая (приложение № 5 к Порядку) в государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» (далее – Центр «Надежда»);

- проведение анализа эффективности проведенной работы на итоговом заседании муниципальной группы оперативного реагирования.

Ситуации, в которых ребенок непреднамеренно нанес себе вред (например, упал, запнувшись, на стекло или выпил несколько (2-3) таблетки валерианы, так как не мог успокоиться перед экзаменом), не может квалифицироваться как суицидальное и несуйцидальное самоповреждающее поведение. В первом случае ситуация попадает под несчастный случай, во втором – бесконтрольный прием лекарственных препаратов с целью успокоиться. Основание для оценки риска суицида есть во втором случае, однако без его подтверждения, а равно без риска совершения суицида, кураторство, часто присутствующее в анализах, не имеет под собой оснований, так как не подходит ни под одну из категорий суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения.

2 Особенности взаимодействия куратора с несовершеннолетним и его семьей

2.1 Этические принципы работы с несовершеннолетним и его семьей

Основные принципы работы с несовершеннолетними и их родителями следующие [18]:

1) Соблюдение конфиденциальности.

Конфиденциальность в рабочих взаимоотношениях позволяет создать атмосферу безопасности и доверия. При этом несовершеннолетний должен быть уверен, что перед тем, как что-то рассказать родителю, консультант обязательно спросит у него разрешения, обсудит с ним, что можно передать беспокоящемуся о ребенке родителю.

Изначально и ребенку, и родителям обозначается, что конфиденциальность будет нарушена только в случаях, если куратор узнает, что жизни ребенка что-то угрожает, если сам ребенок совершает действия, угрожающие чьей-то жизни, и если вскрывается ситуация насилия в отношении ребенка. Во всех других случаях куратор хранит тайну доверенной ребенком информации и дает родителю обратную связь о ребенке, не нарушая правила конфиденциальности.

Вопрос конфиденциальности остро обозначается, когда специалист должен балансировать между необходимостью сохранения доверительных отношений с ребенком, желанием родителей иметь сведения о том, что происходит с его ребенком, за которого он отвечает, и отчетностью перед группой муниципального реагирования.

Отчет, составляемый по состоянию ребенка для обсуждения с муниципальной группой оперативного реагирования, и разработка ИПР (индивидуальный план работы) **не будет являться нарушением конфиденциальности**. Нарушением конфиденциальности также не будет обсуждение информации с супервизором, а также коллегой или смежным специалистом, который выступает в качестве консультанта.

2) Соблюдение профессиональных границ.

В сопровождении детей, подростков и их семьи для преодоления кризисной ситуации, куратору случая стоит избегать нарушения психологических границ, вступления в коалиции, в которые его могут вовлекать члены семьи или сам ребенок. Примерами коалиций могут быть: объединение куратора с ребенком против родителей или коалиция куратора и родителя против ребенка, коалиция ребенка и родителя против учителей или администрации школы и т.д. Возникновение таких коалиций свидетельствует о нарушении границ в консультировании и дисфункциональное самого процесса сопровождения для всех ее участников. Отстаивая интересы ребенка, специалист все-таки занимает автономную, объективную позицию, не включаясь в патологические отношения.

Крайне важно, чтобы специалист сохранял **нейтральность своей позиции**, что предполагает равное уважение, равное внимание, равное

сочувствие всем членам семейной системы и в то же время объективное отношение к поступающей информации. Позиция нейтральности позволяет быть доброжелательно внимательным и безоценочным, дает гарантии всем членам семьи на принятие, обеспечивает право быть услышанным и получить поддержку.

Куратор может очень понравиться консультируемому ребенку, но при этом специалист должен помнить, что несовершеннолетний – не его ребенок, а клиент; и он так же, как и взрослый, нуждается в качественной, профессиональной помощи специалиста, оказываемой с соблюдением всех этических правил. Состояние нейтральности позволяет специалисту оставаться «живым» – отзывчивым, сочувствующим, поддерживающим, сохраняя при этом объективное отношение к информации, процессу, взаимоотношениям.

3) Принцип информированного (осведомленного) согласия.

Этот принцип означает, что человек в общих чертах представляет, в чем будет заключаться работа со специалистом, и согласен на это. Если родители отказываются от помощи специалистов, необходимо предупредить их о возможных последствиях и предложить письменное подтверждение отказа родителей от помощи (п. 1.6 настоящего Порядка № 8/2 от 07.08.2017).

Принцип информированного согласия рекомендуется соблюдать также в отношении подростка, который уже способен осознавать необходимость для себя получения помощи. Несовершеннолетнего необходимо мотивировать, объясняя, что данная работа принесет ему только пользу. Далее необходимо уделить внимание укреплению взрослой позиции подростка по отношению к своей жизни.

Для получения согласия подростка на работу с ним специалист может задать ряд вопросов: «Как ты думаешь, чем мы с тобой будем заниматься на встречах?», «Чего бы ты сам хотел от наших встреч?», «Как ты думаешь, как могут помочь тебе родители в решении сложившейся проблемы?», «Есть ли для тебя какие-то плюсы в возможности решить свою проблему со специалистом? А есть ли какие-то опасения?».

2.2 Установление контакта с несовершеннолетним: особенности, коммуникативные техники, правила и рекомендации

Установление контакта – важный и ответственный этап, который определяет успех дальнейшего взаимодействия. Психологический контакт складывается в ходе общения и его обязательной предпосылкой является обоюдная готовность (установка) к восприятию и пониманию лицами друг друга [8].

Технология установления психологического контакта заключается в управляемом изменении отношений партнеров по общению. В этом случае результатом контакта являются не только получаемые сведения, но и установление доверительных отношений.

Установление контакта происходит при помощи вербальных и невербальных средств, таких как *открытая улыбка, уместный комплимент, обращение к ребенку по имени, искренний интерес к его проблемам, «отзеркаливание» жестов и мимики*. Чтобы построить общение на основе сотрудничества, действия специалиста должны быть уместны и искренни. Важно не переигрывать.

Отрицательное впечатление производят такие моменты как: *скужающее, уставшее выражение лица, неискренняя «дежурная» улыбка, нечеткое начало разговора, неуместные шутки, отсутствие заинтересованности в контакте (безынициативность), демонстрация специалистом неуверенности*.

В случае суицидального поведения несовершеннолетнего специалисту необходимо установить взаимоотношения «сопереживающего партнерства». Важно выслушать подростка терпеливо и сочувственно, без критики, даже если специалист с чем-то и не согласен (то есть необходимо дать ему возможность выговориться). В результате взрослый будет восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия [28].

Необходимо предупредить подростка, что все происходящее конфиденциально, помимо тех случаев, когда специалист считает его потенциально опасным для него самого и окружающих. При возникновении данной ситуации он ставит в известность подростка, а также обсуждает планы оптимального развития событий.

Для того чтобы возбудить интерес ребенка, вызвать стремление и потребность включиться в общение и рассказать что-то о себе, специалисту необходимо интересоваться всем, что говорит собеседник, при этом постоянно подчеркивать новизну сообщений, чтобы поддержать инициативу. Следует иметь в виду, что прямой интерес к личностным характеристикам собеседника не всегда дает желаемый результат, поэтому обратите внимание на интересы ребенка.

Важно сохранять контакт глаз: существует негласное правило в общении: кто слушает – тот больше смотрит, кто рассказывает – больше отвлекается от контакта глаз, переводя взгляд от собеседника.

Примерный алгоритм беседы с ребенком на этапе установления контакта:

- 1) представиться (ФИО, должность);
- 2) спросить, как удобно будет обращаться к ребенку;
- 3) спросить о самочувствии, настроении, готовности к диалогу;
- 4) предложить ребенку рассказать о себе (возраст, хобби, увлечения, интересы, отношение к учебе);
- 5) спросить ребенка о семье, его домашних обязанностях, режиме дня, при определенной расположенности говорить на эту тему, узнать об отношениях с близкими, возможными питомцами;
- 6) перейти к сфере общения подростка, узнать, есть ли у него лучшие друзья, какие качества он ценит в них, какие качества не приемлет в сверстниках;

7) поговорить о том, как подросток обычно справляется с трудностями, к кому обращается в сложных ситуациях, чего боится;

8) раскрыть повод встречи, спросить о возможности ребенка поговорить, об этом;

9) в случае готовности ребенка для разговора на проблемную тему, подчеркнуть собственную безоценочную позицию, конфиденциальность (сказать об исключениях), стараться использовать технику перефразирования, открытых вопросов, резюмировать сказанное несовершеннолетним.

Коммуникативные техники на этапе установления контакта:

1) Техника малого разговора.

Малый разговор – это беседа на интересную и приятную для собеседников тему, чаще всего не связанную с темой основного разговора.

Направления малого разговора:

- цитирование партнера;
- позитивные констатации;
- информирование;
- интересный рассказ.

2) Постановка вопросов.

Открытые вопросы – это вопросы, требующие от собеседника развернутого ответа.

Закрытые вопросы – это вопросы, на которые собеседник отвечает односложно, только «Да» или «Нет».

Альтернативные вопросы – это вопросы с вариантами ответов.

3) Паузы молчания.

Паузы, естественные для темпа разговора, позволяют обдумать сказанное, принять новую идею.

4) Пассивное слушание.

Это слушание без анализа (рефлексии), дающее возможность собеседнику высказаться.

Приемы пассивного слушания:

- поддержание зрительного контакта. Это наилучший способ показать человеку, что вам интересно то, о чем он говорит;

- кивание головой. Приznak того, что вы внимательно слушаете собеседника;

- использование фраз типа: «Я вижу», «Я понимаю», «Действительно», «Да», «Точно». Таким образом, вы поддерживаете беседу.

5) Перефразирование (пересказ).

Главная цель приема – уточнение информации. Перефразирование – это формулировка мысли говорящего своими словами. Используются фразы: «Если я вас правильно понял...», «Другими словами, вы считаете...», «По вашему мнению...» и т.п.

6) Эхо.

Это повторение только тех частей предложения, которые несут самую важную смысловую нагрузку. Её используют чаще всего тогда, когда человеку надо бы выговориться, но он по каким-то причинам «комкает»

разговор, делает большие паузы. Эхо-техника тогда побуждает человека продолжить рассказ, тем самым облегчая ему самому задачу говорить до конца, когда это так необходимо.

7) Самораскрытие.

Это техника воздействия, основанная на том, что специалист делится личным опытом и переживаниями либо разделяет чувства клиента. Эмоциональное участие специалиста должно служить интересам собеседника, а не его самого.

8) Резюмирование.

Резюме – это подытоживание основных идей, чувств говорящего. Это воспроизведение слов собеседника в сокращенном виде, краткое формулирование самого главного, подведение итога. Этот прием уместен при длительных беседах, при завершении разговора, при долгом обсуждении, при расхождении мнений.

3 Оценка суицидального риска

3.1 Организация проведения оценки суицидального риска

Первичную оценку суицидального риска следует проводить в форме беседы, так как это позволяет снизить негативное эмоциональное состояние ребенка и уменьшить психологическую зависимость от причины, повлекшей суицидальное поведение.

При проведении беседы нужно соблюдать определенные условия:

- при выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговор, сколько бы он ни продолжался);
- желательно спланировать встречу в свободное время, с большим временным потенциалом;
- не стоит приглашать ребенка на беседу через третьих лиц;
- в процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела. Надо всем своим видом показать подростку, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

3.2 Оценка суицидального риска при проведении диагностического интервью

Установить степень суицидального риска и оказать первую допсихологическую помощь может *любой* человек, оказавшийся рядом. Практика показывает, что ребенок с готовностью рассказывает о своих переживаниях, так как он ждал, чтобы кто-то с ним поговорил об этом. Важно, чтобы взрослый не боялся говорить о суициде. В первую очередь необходимо выяснить, насколько серьезна проблема: подросток должен чувствовать, что *взрослый не боится говорить о суициде*. Это действительно важно: *проявлять интерес, не осуждать и не пытаться переубедить собеседника*.

Целью оценки суицидального риска должно быть снижение этого риска, усиление жизненных мотивов подростка, а также информирование семьи о возможности получить специализированную помощь.

Согласно Маруняк С.В. [29] при проведении диагностического интервью необходимо оценить когнитивную и эмоциональную составляющую, прошлый опыт, а также мотивацию к совершению суицидального акта.

1) Суицидальные мысли и намерения.

Следует узнать, имеются ли (или имелись в прошлом) у подростка суицидальные мысли и намерения. Конкретные вопросы к обстоятельствам жизни оказываются более эффективными, чем вопросы общего характера. Если клиент подтверждает наличие суицидальных мыслей, необходимо выяснить, носят ли они пассивный или активный характер, уточнить их длительность и частоту, отношение к ним (полностью принимает суицидальные мысли, либо отрицает их, пытается подавить подобные мысли).

2) Наличие суицидального плана.

Наличие хорошо разработанного плана суицида – один из наиболее важных признаков, указывающих на высокую вероятность его совершения, поэтому следует выяснить насколько далеко зашел процесс планирования (способ, подходящее время и место). По характеру ответов делается вывод о степени продуманности предстоящего акта. При наличии активных суицидальных намерений, хорошо разработанного плана суицида и доступа к средствам, необходимо направить клиента к соответствующим специалистам для решения вопроса о госпитализации.

3) Мотивация к суициду.

Рекомендуется выяснить наличие оснований для суицидальных намерений, например, недавние переживаемые стрессы (ссоры с друзьями и/или родителями, несчастная любовь, потеря близких и др.). Наряду с этим определяются ресурсы – причины, удерживающие от совершения суицида (чувство ответственности перед близкими, религиозные и моральные запреты и проч.).

4) Оценка психического состояния.

Специалисту следует определить наличие чувства *безнадежности* – состояния, которое характеризуется чувством бесперспективности, ощущением беспомощности, безуспешности усилий по исправлению создавшейся ситуации и существование общих негативных ожиданий в отношении будущего, т. к. именно чувство безнадежности является одним из наиболее важных показателей, свидетельствующих о высокой вероятности совершения суицида.

5) Оценка прошлых эпизодов суицидального поведения.

Наличие эпизодов суицидального поведения в прошлом является одним из наиболее важных факторов суицидального риска. При подтверждении клиентом наличия суицидальных попыток в прошлом, следует подробно уточнить о:

- времени и обстоятельствах совершения этих попыток;
- методе суицида;
- объективном риске смерти в результате совершенных суицидальных действий;
- особенностях психического состояния в момент совершения попытки, наличие алкогольного или наркотического опьянения;
- спланированности или импульсивности суицидального акта;
- причинах, мотивах и поводах совершения попытки;
- реакции социального окружения на суицидальную попытку;
- отношении самого клиента к суицидальной попытке.

В результате анализа полученной информации можно определить характер прошлого суицидального поведения: демонстративно-шантажное, истинное, импульсивное самоповреждающее поведение.

б) Оценка факторов суицидального риска.

На основе полученной информации делается прогноз вероятности совершения суицидального акта. При этом следует учитывать, что

прогнозирование суицидального поведения конкретной личности не может проводиться исключительно на основе механического сложения отдельных факторов суицидального риска, а должно опираться на результаты углубленного анализа индивидуально психологических особенностей человека и его текущей жизненной ситуации.

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно отправить в ближайшее лечебное учреждение.

В организации «Центр медико-социально-психологической помощи несовершеннолетним «Надежда» принят следующий инструмент для качественного анализа наличия риска совершения суицида (Таблица 1).

Таблица 1 – Качественный анализ суицидального риска

Фактор	Расшифровка
Стресс	<ul style="list-style-type: none"> - семейные конфликты; - частые физические наказания; - плохие отношения с близкими в данный период; - потеря дорогого человека; - общественное отвержение; - тяжелое заболевание; - безответная или отвергнутая любовь; - наличие психотравмирующей ситуации в жизни.
Поведенческие симптомы	<ul style="list-style-type: none"> - употребление ПАВ, курение; - уходы из дома; - самоизоляция; - изменение привычек (уход за собой); - внезапные изменения поведения; - склонность к рискованным поступкам; - нарушения дисциплины; - раздача вещей; - ритуалы (прощание); - депрессивная музыка, кино, субкультуры эксплуатирующие тему смерти, социальные сети; - подготовка к суициду; - самоповреждающее поведение; - суицидальные действия.
Коммуникативные симптомы	<ul style="list-style-type: none"> - косвенные высказывания: «Скоро все закончится», «Ничего уже не важно», «Без меня всем будет лучше»; - рассуждения об утрате смысла жизни; - шутки, ироничные высказывания на тему смерти и суицида; - прощание (письма или разговоры прощального характера); - прямые сообщения о суицидальных намерениях, сообщения о конкретном плане суицида.

Окончание таблицы 1

Эмоциональные симптомы	- амбивалентность по отношению к жизни; - переживание горя; - признаки депрессии, выраженная паника, тревога; - возбуждение, агрессия, ненависть к себе; - чувство вины, малозначимости; - эмоциональная лабильность.
Готовый план самоубийства*	
Суицид ранее*	Наличие опыта самоубийства в прошлом, наличие примера самоубийств в близком окружении, особенно родителей и друзей.
Снижение ресурсной базы*	Отсутствие материальных и эмоциональных ресурсов, которые дают подростку ощущение поддержки и заботы (хорошие отношения в семье, друзья, увлечения и др.)
Личностные особенности подростка	Импульсивность, агрессивность, инфантильность, повышенная внушаемость, демонстративность, наличие акцентуаций характера, низкая сопротивляемость стрессу, высокий уровень тревожности, максималистические черты характера, склонность к бескомпромиссным решениям и поступкам, деление мира на белое и черное.

При наличии трех факторов *** крайне высокая степень риска

Примерное содержание диагностического интервью с ребенком по оценке суицидального риска:

1) Представьте. Если не знакомы, то познакомьтесь, спросите, в каком он классе учится, какие у него любимые предметы, нравится ли ему учиться. Общается ли он с одноклассниками, нравится ли ему свой класс. Какие есть у него увлечения, чем он любит заниматься в свободное от учебы время. Есть ли у него братья, сестры, помогают ли они ему, если с обучением есть трудности. Как мама и папа (законный представитель) относятся к его учебе (установите уровень требовательности к ребенку). Есть ли у ребенка друзья, к которым он обращается за помощью. Как много он проводит с ними времени. Приглашает ли он друзей в гости, ходит ли гулять с ними. Если нет, то, что препятствует этому. Если друзей нет, то кто обычно помогает ему. Есть ли в окружении ребенка те, о ком он заботится, кто нуждается в его заботе (до животных и цветов, если людей не называет), в ком он сам нуждается в трудную минуту. Проследите в разговоре, не было ли изменений в последнее время с успеваемостью, как он рассказывает о близких, с какой эмоциональной окраской. Если ребенок захотел остановиться на чем-то важном для него, выслушайте, не перебивая. В установлении контакта важно выразить интерес к повествованию ребенка, поэтому старайтесь быть активным слушателем. Спросите о планах на ближайшее и отдаленное

будущее (отдаленное: «Думал ли ты, кем станешь по профессии? Где будешь учиться? Планируешь ли что-то более подробно изучить в этом направлении, какие предметы тебе особенно пригодятся» и т. п. Ближайшие: «Скоро каникулы, чем планируешь заниматься?» (определяем в этом блоке ресурсы ребенка, его видение будущего, признаки депрессии). Спросите про общее настроение, сон, аппетит.

2) Проясните ребенку ситуацию дальнейшей беседы, указывая на переживание конкретного человека, которого волнует состояние ребенка (может быть законный представитель, учитель, конкретно Вы, если сами заметили изменения в поведении или эмоциональном состоянии ребенка). В ситуации самоповреждения также отметьте переживание по этому поводу.

3) Попросите рассказать ситуацию, в результате которой сложились подобные мысли или были совершены самоповреждения: «Постарайся вспомнить ситуацию, когда ... (появились мысли/произошло событие самоповреждения». Какие чувства ты испытывал в тот момент? Расскажи об этом поподробнее». Когда ребенок переходит к описанию события, спросите его про дату, время суток, средство, место. Уточните, был ли он один или с кем-то. Если был кто-то, то, как последний отреагировал на событие. Определите, было ли подобное с ним ранее. Если да, то, какие события этому предшествовали. (В ситуации самоповреждения спросите, как ему стал известен подобный способ справляться с ситуацией). Сопровождались ли события мыслями об уходе из жизни. Если да, продумывал ли он способы, есть ли план (место, средства, дата).

4) Спросите, знает ли кто-либо об этом событии, кроме Вас, с кем ребенок поделился. Если он говорит, что нет, то, что ему помешало рассказать близким о своем состоянии.

5) Выразите свое понимание всей сложности его ситуации: «Я понимаю, как тебе тяжело сейчас или было тяжело в тот момент ...». Вспомните о разговоре ранее. Если в нем были названы близкие люди или животные, цветы, напомните ему о заботе, о них или проговорите, кому станет, по его мнению, плохо, если мысли смогут перерасти в действие. Проговорите, как будет чувствовать себя значимый другой (-ие), если ребенок решится на такой шаг. Проясните его состояние на сегодняшний день, его чувства и переживания. Предложите подумать вместе с ребенком, как можно решить проблему, спросите, что могло бы сейчас остановить его в этих мыслях, улучшить эмоциональное состояние. Определите пути решения его проблемы, проговаривая реальные действия, как со стороны значимых других, так и самого ребенка. Продумайте небольшие шаги на пути к решению ситуации. Желательно закрепить временными рамками. Не обещайте решить проблему за ребенка, но проговорите возможность разговора с близкими и значимыми людьми для него, кто может действительно принять участие в решении проблем ребенка. Договоритесь о встрече, исходя из ситуации. Если в ходе разговора ребенок не видит выхода, проговаривает устойчивое желание смерти, есть реальные признаки депрессивного состояния, вызывайте медицинскую помощь, оповестив родителей. Не оставляйте ребенка одного

в такой ситуации. Если ситуация не критична, но предполагает высокий риск, назначьте встречу в ближайшее время, взяв от ребенка расписку, что он ничего не предпримет в отношении собственной жизни до следующей встречи. В разговоре с законным представителем обоснуйте необходимость внимательного наблюдения за состоянием ребенка и оказания ему поддержки.

3.3 Основной и дополнительный диагностический инструментарий для оценки состояния несовершеннолетнего и его особенностей личности

В таблице 2 представлены диагностические методики для мониторинга эмоционального состояния и личностных особенностей несовершеннолетнего.

Таблица 2 – Диагностические методики для мониторинга эмоционального состояния и личностных особенностей несовершеннолетнего.

Диагностическая методика	Назначение методики
Тестовые методики	
1) Методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина. Источник: [Электронный ресурс] URL: http://psycabi.net/testy/179-test-na-trevozhnost-spilbergera-khanina-metodika-otsenki-trevozhnosti-ch-dspilbergera-i-yu-l-khanina	Определение уровня тревожности исходя из шкалы самооценки (высокая, средняя, низкая тревожность). Определение уровня личностной и ситуационной тревожности
2) Опросник агрессивности Басса-Дарки (адаптация А.К. Осницкого). Источник: [Электронный ресурс] URL: http://vrn3bccss.narod.ru/voprosi2.htm	Определение показателей и форм агрессии: физической агрессии; вербальной агрессии; косвенной агрессии; негативизма; раздражения; подозрительности; обиды; аутоагрессии, или чувство вины
3) Тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда. Методика Акцентуации характера и темперамента личности. Источник: [Электронный ресурс] URL: http://psycabi.net/testy/395-test-oprosnik-g-shmisheka-kleongarda-metodika-aktsentuatsii-kharaktera-i-temperamenta	Диагностика акцентуаций характера и темперамента
4) Тест-опросник К. Томаса на поведение в конфликтной ситуации. (Методика Томаса). Источник: [Электронный ресурс] URL: http://psycabi.net/testy/193-oprosnik-k-tomasa-na-povedenie-v-konfliktnoj-situatsii-test-tomasa	Выявление стиля поведения в конфликтной ситуации

Продолжение таблицы 2

<p>5) Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона. Источник: [Электронный ресурс] URL: http://azps.ru/tests/2/tt13.html</p>	<p>Определение степени одиночества личности.</p>
<p>6) Методика исследования самооотношения (С.Р. Пантелеев, В.В. Столин) МИС. Источник: [Электронный ресурс] URL: http://psylab.info</p>	<p>Определение различные представления личности о себе самом (выраженности отдельных компонентов самооотношения): закрытости, самоуверенности, саморуководства, отраженного самооотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.</p>
<p>7) Методика диагностики системы ценностных ориентаций личности Е.Б. Фанталовой. Источник: [Электронный ресурс] URL: http://www.vashpsixolog.ru/psychodiagnostic-school-psychologist/177-diagnostika-psixologicheskoykultury-/1621-metodika-diagnostiki-sistemy-czennostnyx-orientaczij-lichnosti-ebfantalovoj</p>	<p>Изучение системы ценностных ориентации и внутренних конфликтов личности.</p>
<p>8) Опросник «Мини-мульти» (сокращенный вариант многофакторного опросника для исследования личности MMPI) в адаптации В.П. Зайцева Источник: [Электронный ресурс] URL: http://psyttests.org/mmpi/minimult.html</p>	<p>Определение уровня нервно-эмоциональной устойчивости, степени интеграции личностных свойств, уровня адаптации личности к социальному окружению.</p>
<p>9) Методика определения суицидальной направленности (Личностный опросник ИСН) Источник: [Электронный ресурс] URL: https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2018/01/13/metodika-diagnostiki-suitsidalnoy-napravlennosti</p>	<p>Выявление суицидально опасных установок у подростков 13-18 лет.</p>
<p>10) Опросник «Причины для жизни» (Reasons for Living Inventory, RFL) Источник: [Электронный ресурс] URL: https://cyberleninka.ru/article/n/predvaritelnyaya-adaptatsiya-podrostkovoy-versii-oprosnika-prichiny-dlya-zhizni-a-osmana-i-m-linien/viewer</p>	<p>Шкала самоотчета, разработанная для оценки возможных причин не совершения суицида.</p>

Окончание таблицы 2

Проективные методики	
1) Рисуночный тест «Несуществующее животное» https://5psy.ru/obrazovanie/test-nesushchestvuiushchee-zhivotnoe.html	Диагностика эмоциональных особенностей личности, агрессивности, сферы общения.
2) Рисуночный тест «Человек под дождем» Источник: [Электронный ресурс] URL: https://psychojournal.ru/tests/947-proektivnaya-metodika-chelovek-pod-dozhdem.html#t20c	Диагностика личностных резервов и особенностей защитных механизмов человека, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации.
3) Рисуночный тест «Моя семья» Источник: [Электронный ресурс] URL: https://5psy.ru/obrazovanie/psihologicheskii-risunochnyi-test-moya-semya.html	Диагностика внутрисемейных отношений.
4) Методика Р.Сильвера «Нарисуй историю» Источник: [Электронный ресурс] URL: https://studbooks.net/1602986/psihologiya/oprisanie_metodov_issledovaniya	Диагностика эмоциональных нарушений, в том числе, депрессий, включая их маскированные варианты.
5) Пиктографический экспресс-тест «Риск суицидального действия» Источник: [Электронный ресурс] URL: https://readera.org/piktograficheskij-jekspress-test-risk-suicidalnogo-dejstvija-140141495	Оценка суицидальной активности на этапе продумывания планов совершения суицида.
6) Методика изучения фрустрационных реакций С.Розенцвейга Источник: [Электронный ресурс] URL: http://www.miu.by/kaf_new/mpp/080.pdf	Исследование реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности.

4 Анализ случая суицидальной попытки, несуицидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего. Особенности сбора информации при заполнении форм

В соответствии с п. 3.8 Порядка в Задачи куратора случая также входит подготовка анализа случая и направление его в течение 10 дней с момента регистрации факта Руководителем муниципальной группы оперативного реагирования (приложение № 5 к Порядку) в государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» (далее – Центр «Надежда»).

Получая данную информацию (п. 4.4. Порядка), Центр «Надежда» анализирует ее и направляет результаты анализа причин и условий, способствовавших совершению суицидальных попыток, несуицидального самоповреждающего поведения, суицида в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Архангельской области по итогам каждого квартала – до 01 мая, до 01 августа, до 01 ноября, до 01 февраля.

От качества каждого поступившего анализа зависит полнота и объективность обобщенного аналитического материала по всей Архангельской области, поэтому подход к заполнению формы анализа не может являться формальным, требует от Куратора индивидуального и ответственного подхода в каждом конкретном случае.

Стоит отметить, что анализ случая позволяет куратору:

- определить соответствие причинного комплекса суицидального/несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетнего мерам их устранения;

- выявить дополнительные стресс-факторы, не учтенные при рассмотрении случая на заседании муниципальной группы оперативного реагирования (далее - МГОР) и влияющие на суицидальный риск;

- установить взаимосвязь объективных и субъективных причин суицидального поведения с особенностями его проявления (для возможного последующего прогнозирования динамики поведения несовершеннолетнего);

- выстроить эффективную модель профилактики суицидального поведения несовершеннолетних в муниципальном образовании на уровне семьи, класса, образовательной организации совместно с другими членами МГОР.

По итогам 2020 года во многих анализах, поступивших из отдельных муниципальных образований, имеется ряд сложностей для полного представления о случившемся:

- отсутствует описание случая, обстоятельства, предшествующие событиям;

- анализ причин и условий не достаточен/причина не указана;

- отсутствует оценка суицидального риска;

- отсутствует информация о необходимости консультации психиатра/психотерапевта;
- планируемые мероприятия по сопровождению ребенка не описаны.

Рекомендации по заполнению отдельных пунктов формы анализа случая:

1) Общая информация:

- ФИО;
- место учебы (класс/группа);
- категория учета (на момент заполнения формы);
- адрес проживания (указываем населенный пункт в каждом анализе);
- дата совершения (дата совершения и дата сообщения о событии могут быть разными, указываем последнюю дату проявления суицидального поведения, порезов и т. д. и дату сообщения о событии). *Источник: уведомление, беседа с ребенком (родителями, специалистами), протокол МГОР.*

2) Характеристика случая

2.1 Описание происшествия, обстоятельства: что произошло? Где произошло? Когда произошло? Какие люди имели непосредственное отношение к событию? Находились рядом в момент события/стали свидетелем события/были в курсе события? *Источник: уведомление, беседа с ребенком (родителями, специалистами), протокол МГОР.*

2.2 Выявленные причины, условия, место:

- описание явления или обстоятельства, служащего основанием для проявления суицидального поведения/ несуицидального самоповреждающего поведения или его обуславливающее (первостепенные и второстепенные стрессовые факторы);

- какие события предшествовали проявлению данного поведения? Какие ожидаемые события повлекли за собой суицидальные проявления? (пример: после ссоры с другом, перед предстоящим экзаменом и т.д.);

- описание обстановки, в которой находился несовершеннолетний на момент события. *Источник: уведомление, беседа с ребенком (родителями, специалистами), протокол МГОР.*

2.3 Принятые меры по устранению причин и условий: указать, какой специалист и С КЕМ проводил мероприятия, с какой целью? Какие проведены мероприятия? (пример: педагогом-психологом оказана помощь несовершеннолетней в стабилизации эмоционального состояния и т. п.).

Источник: протокол МГОР, информация от специалистов, ответственных за оказание помощи.

3) Характеристика семьи

3.1 Взаимоотношения в семье:

- в описании взаимоотношений стараться придерживаться четкой позиции на основе данных, полученных из диагностического обследования, беседы с родителями, материалов, характеризующих семью;

- если сложности во взаимоотношениях в семье определены как причина суицидального поведения/несуицидального самоповреждающего поведения,

то предоставить более подробную информацию с результатами психодиагностического обследования. *Источник: заключение по результатам психологической диагностики взаимоотношений в семье, беседа с родителями/ребенком/специалистами/ протокол МГОР. Если ранее семья состояла на межведомственном учете – информация по семье из социозащитного учреждения, АКТ МБУ.*

5) Результаты диагностики психолога.

5.6. Выявление суицидального риска. Рекомендовано проводить оценку риска по следующим факторам:

- стресс;
- симптомы (коммуникативные, поведенческие, эмоциональные);
- план самоубийства; *
- суицид раньше; *
- снижение ресурсной базы; *
- личностные особенности подростка.

При наличии трех факторов *** крайне высокая степень риска
Источник: результаты оценки суицидального риска (беседа с ребенком /родителями + диагностика).

б) Дальнейшая профилактическая работа

6.1. Помощь психолога: отразить направления планируемой (реализуемой) психологической помощи в её связи с причинным комплексом суицидального поведения, эмоциональным состоянием несовершеннолетнего, имеющимися ресурсами.

6.2. Медицинская помощь: отразить рекомендацию посещения психотерапевта/психиатра и её выполнение; привлечение других медицинских работников; госпитализацию несовершеннолетнего.

6.3. Иная помощь: если оказывались, то отразить социально-бытовые услуги семье социальным учреждением, помощь в трудоустройстве родителей и т.п. *Источник: план ИПР; план социально-психологического или психолого-педагогического сопровождения; протокол МГОР в части планируемых мер помощи ребенку.*

6.4. Планируемый результат и дата завершения сопровождения: обратить внимание на соответствие причинного комплекса суицидального/несуицидального самоповреждающего поведения несовершеннолетнего мерам его устранения и планируемому результату. *Источник: план ИПР, план социально-психологического или психолого-педагогического сопровождения, протокол МГОР в части планируемых мер помощи.*

По возникшим вопросам заполнения формы Куратор может обращаться за консультацией в Государственное бюджетное учреждение Архангельской области для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» согласно п. 3.11 Порядка.

5 Оказание экстренной психологической помощи несовершеннолетнему

5.1 Особенности консультативной помощи несовершеннолетнему с суицидальным риском и его законным представителям

Спецификой консультирования несовершеннолетних с суицидальным риском является быстрое и эффективное вмешательство, так называемое кризисное психологическое консультирование [17]. Такое консультирование должно опираться на возрастные и половые данные, на состояние, в котором находится ребенок (оценка суицидального риска), на наличие ресурсной базы (семья, друзья, домашние питомцы, личностные качества, хобби и др.).

У несовершеннолетних трудно отличить истинные суицидальные стремления ухода из жизни от демонстративных попыток, нацеленных на получение любви, внимания, желаемых вещей. Суицидальное поведение у детей – это *крик о помощи*, который по каким-то причинам не может быть выражен более прямым способом. Стоит отметить, что суициды у детей и подростков, в отличие от взрослых, могут быть спровоцированы незначительными событиями в жизни.

Е. В. Немолот, М. А. Шелехова в индивидуальной форме работы выделяют особую стратегию – кризисное вмешательство [17]. Оно ставит перед собой цель выявление и коррекцию неадаптивного поведения, а также повышение личных возможностей подростка с помощью переключения его на взрослую позицию (взятие ответственности за свои действия).

Консультативная помощь несовершеннолетним с суицидальным риском условно подразделяется на несколько этапов:

1 этап. Установление психологического контакта.

2 этап. Оценка риска совершения суицида и эмоциональная стабилизация (снижение эмоционального накала).

3 этап. Поиск ресурсов (внешние, внутренние).

4 этап. Выявление причин суицидального поведения.

5 этап. Тренировка умения справляться со стрессом и возникающими трудностями.

Обозначенные этапы – это вектор направления консультативной работы с несовершеннолетним. Они могут быть пройдены за одну консультацию или растянуться на несколько.

В процессе консультации психолог должен выяснить, на какой стадии подготовки к суициду ребенок находится и в чем состоит причина суицидального поведения подростка.

После того, как будет снижен эмоциональный накал и риск совершения суицида, консультант может приступить к работе над причиной, к поиску альтернативных вариантов решения проблемы, которая послужила причиной суицидального поведения. Психолог должен помочь ребенку сформулировать запрос и определить стратегию решения.

Следует обратить внимание на то, что убеждать несовершеннолетнего в необходимости работать с проблемой, пытаться разрешить ее, вовсе не значит уговаривать отказаться от суицида или, что еще хуже, спорить о смысле жизни. Стоит предложить ребенку вместе подумать над решением его проблемы.

Большое значение для консультанта имеет *прошлый опыт* суицидального поведения клиента и выяснение, что тогда удержало от суицида, возможно, это поможет и в данный момент. Это может быть ответственность перед кем-то, о ком он заботится (домашние питомцы, комнатные растения) или кто о нем заботится и помогает (родители, родственники, друзья, учителя).

Важным условием каждой консультации является выведение ребенка в ресурс. Это может быть беседа о планах на ближайшее будущее, об интересах ребенка, о времени, которое он тратит на свое удовольствие.

Подросткам с суицидальным риском характерно обесценивание себя и проделанной работы, поэтому в конце каждой консультации необходимо спрашивать: «Что тебе сегодня запомнилось больше всего?».

Если риск совершения суицида высок, ребенок высказывает явные намерения лишиться себя жизни, наблюдаются явные признаки депрессивного состояния, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь и оповестить родителей. Если ситуация не критична, но предполагает высокий риск, стоит назначить встречу в ближайшее время и заключить антисуицидальный контракт.

Помощь других специалистов, в том числе, постановка на учет врача-психиатра также является ресурсом для ребенка. Несовершеннолетнему необходимо разъяснить принцип командной работы специалистов.

При наличии семьи несовершеннолетнего, а также при их вовлеченности в кризис, показана семейная кризисная терапия. Данная форма работы предполагает построение отношений в семье на лучшем, чем до кризиса уровне. Направления психологической работы могут быть следующие:

- формирование семейных правил, границ;
- восстановление эмоционального контакта и доверия, открытости, взаимопонимания;
- восстановление прямых коммуникаций в семье;
- восстановление иерархии семьи.

В самом начале консультативной работы родителей необходимо проинформировать о выявленной степени суицидального риска ребенка (расписка о наличии суицидального риска). Тем самым передается ответственность за семейные взаимоотношения взрослым – законным представителям (ст. 63 СК РФ).

Родители несовершеннолетних, особенно, подростков, часто могут быть напуганы, находиться в стрессе, они могут сильно обвинять себя или проецировать это на других. При построении консультативной работы с ними стоит отказаться от обвинений и принуждения. Родителей необходимо

эмоционально стабилизировать, найти ресурсы, чтобы дальше работать над взрослой позицией человека, ответственного за своего ребенка. В беседе с родителями важно обосновать необходимость внимательного наблюдения за состоянием ребенка и оказания ему поддержки.

Если в ситуации взаимодействия с взрослым ответственность между специалистом и клиентом распределяется поровну, то в отношении ребенка стоит понимать, что он не может контролировать окружающую его среду и не может создать себе благоприятные условия для изменения. Поэтому необходимо уделить большое внимание работе с родителями и близким окружением по изменению внешних условий, провоцирующих суицидальное поведение. Родители для ребенка всегда являются ресурсом, на который он опирается, исследуя внешний мир.

В профилактике суицидального поведения несовершеннолетних огромная роль также принадлежит ближайшему окружению [9]. Именно семья может сформировать адекватную самооценку ребенка, построить взаимоотношения с ребенком на уважении, оказать поддержку, научить справляться с трудными ситуациями. Необходима также просветительская работа с учителями и с другими специалистами, сопровождающими учащегося в образовательно-воспитательном процессе. Однако семья остается главной ресурсной базой в профилактике суицидальных рисков.

Таким образом, суицидальное поведение подростка – это специфический вариант коммуникации. Зачастую это высшая степень демонстрации своих внутренних переживаний, последний пункт в выражении своих чувств, единственный способ выйти из ситуации и сообщить об этом миру. Кризисная психологическая помощь суицидальных подростков должна иметь комплексный подход, включающий оценку риска совершения суицида, работу с эмоциональными состояниями, а также причинами, вызвавшими такое поведение. Включение в консультативный процесс родителей, разделение с ними ответственности за ребенка имеет позитивный эффект. В данном случае это информирование о риске совершения суицида, эмоциональная поддержка семьи, а также обучение взрослых конструктивным способам взаимодействия с ребенком.

5.2 Особенности оказания экстренной психологической помощи несовершеннолетнему в случае угрозы совершения суицида

Беседа с человеком, находящимся в состоянии психологического кризиса, требует предварительной подготовки и практического опыта, но порой обстоятельства складываются так, что проводить беседу необходимо безотлагательно. Ребенку, высказывающему явные суицидальные намерения или стоящему на подоконнике у открытого окна, свойственно амбивалентное отношение к суициду: с одной стороны он может демонстрировать готовность совершить прыжок, но, в то же время ждет, чтобы его отговорили.

Ниже приведены рекомендации по оказанию экстренной помощи в случае угрозы совершения суицида несовершеннолетним:

1) Постарайтесь не впадать в панику, **нормализуйте** собственное эмоциональное состояние. Ведите беседу так, будто вы обладаете неограниченным запасом времени и важнее этой беседы для вас ничего нет.

2) Уделяйте внимание ребенку, смотрите прямо на него, ведите разговор на том расстоянии, которое для него удобно («Мне кажется, ты выглядишь расстроенным, у тебя что-то случилось?», «Действительно, это было страшно»).

3) В сложившейся ситуации важно проявить сочувствие, слушать и соглашаться с тем, что он говорит («Тебе многое пришлось пережить», «Трудно тебе пришлось»).

4) В острой стадии **не нужно акцентировать внимание на смысле жизни**, а также выяснять причины суицидальных намерений. Это является ловушкой для специалиста, в острой стадии не поддавайтесь этой теме, даже если её затрагивает сам подросток, почувствуйте, когда можно прервать подобный монолог.

5) Важно контролировать подростка, пока он находится в остром состоянии, **говорить только о настоящем**, не разбрасываться на разговоры о будущем и о прошлом («Давай подумаем, какие могут быть выходы из этой ситуации?», «Как ты раньше справлялся с трудностями?»).

6) Чем выше риск суицида, тем **конкретнее** должна быть директива специалиста («Я хочу завтра с тобой встретиться и все подробно обсудить»). Попросите ребенка о **помощи**, это поможет ему почувствовать, что он кому-то нужен («Я хочу, чтобы ты спустился с подоконника и помог мне в кабинете»).

7) Важно разъяснить подростку необходимость избавиться от мыслей о суициде и намерений: **необходимо донести до подростка мысль, что процесс самоубийства необратим** («Иногда все мы чувствуем себя подавленными, неспособными что-либо изменить, но потом это состояние проходит», «Я знаю, тебе сейчас очень тяжело, я готов(а) тебе помочь, находиться рядом»).

8) **Не оставляйте подростка одного** в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше, до разрешения кризиса, пока не придут родственники и друзья (присутствие рядом кого-то из близких может предотвратить суицидальную попытку), а также скорая специализированная бригада скорой помощи. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

Признаки высокой вероятности реализации попытки самоубийства:

- открытые высказывания знакомым, родственникам, любимым о желании покончить жизнь самоубийством;

- косвенные «намеки» на возможность суицидальных действий (например, появление в кругу друзей, родных, одноклассников с петлей на шее, «игра» с оружием, имитирующая самоубийство...);

- активная подготовка: поиск средств (собираание таблеток, хранение отравляющих веществ, жидкостей и т.п.), фиксация на примерах самоубийств

(частые разговоры о самоубийствах вообще), символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей);

- изменившийся стереотип поведения: несвойственная замкнутость и снижение двигательной активности у подвижных, общительных, возбужденное поведение и повышенная общительность у малоподвижных и молчаливых, сужение круга контактов, стремление к уединению.

6 Профилактика эмоционального выгорания специалиста в условиях работы со случаем суицидальной попытки, несуйцидального самоповреждающего поведения и суицида несовершеннолетнего

Работа Куратора со случаем требует от него достаточно высоких эмоциональных затрат, поэтому вопрос профилактики синдрома эмоционального выгорания непременно важен для специалиста в ходе сопровождения.

Синдром эмоционального выгорания – это нарастающее эмоциональное истощение, механизм психологической защиты, который проявляется полной или частичной эмоциональной глухотой в ответ на психотравмирующие факторы [4].

Следует отличать эмоциональное выгорание и переутомление. Переутомление – это физиологическое состояние организма, которое является последствием длительной активной деятельности без отдыха и проходит, если человек хорошо отдохнул.

Согласно концепции М. Burisch (1989), синдром профессионального эмоционального выгорания представляет собой симптомокомплекс последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса, в развитии которого можно выделить несколько главных фаз [25]:

1) Предупреждающая фаза – чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости, отказ от потребностей, не связанных с работой, ограничение социальных контактов), истощение (чувство усталости, бессонница, невнимательность, в результате чего повышен риск несчастных случаев).

2) Снижение уровня собственного участия по отношению к сотрудникам, пациентам/клиентам. Психологические аспекты эмоционального выгорания положительного восприятия коллег, переход от помощи к надзору и контролю, приписывание вины за собственные неудачи другим людям, доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, пациентам/ клиентам, проявления негуманного подхода к людям), по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки), по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности, искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени, акцент на материальном аспекте при одновременной неудовлетворенности работой), возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях, чувство переживания того, что другие люди его используют, зависть).

3) Эмоциональные реакции – депрессивное настроение (постоянное чувство вины, снижение самооценки, безосновательные страхи, апатия, лабильность настроений), агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности

и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружающими).

4) Фаза деструктивного поведения – в сфере интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий, ригидность мышления, отсутствие воображения), мотивационной сфере (отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям), эмоционально-социальной сфере (безразличие, избегание неформальных контактов, отсутствие участия в жизни других либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу, одиночество, отказ от хобби).

5) Психосоматические реакции - снижение иммунитета, неспособность к релаксации в свободное время, бессонница, сексуальные расстройства, повышенное давление, тахикардия, боли в позвоночнике, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя, наркотиков.

6) Разочарование – отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни, экзистенциальное отчаяние, безысходность.

Дж.Гринберг (2004) предлагает рассматривать эмоциональное выгорание как пятиступенчатый прогрессирующий процесс:

1) «Медовый месяц». Сначала человек доволен работой и с энтузиазмом относится к заданиям. По мере продолжения рабочих стрессов профессиональная деятельность начинает приносить все меньше удовольствия, и энергичность уменьшается.

2) «Недостаток топлива». Появляются усталость, апатия, проблемы со сном. При отсутствии дополнительной мотивации и стимулирования у работника быстро теряется интерес к своему труду, исчезает продуктивность деятельности. В случае высокой мотивации он может продолжать пользоваться внутренними ресурсами, но в ущерб своему здоровью.

3) «Хронические симптомы». Чрезмерная работа без отдыха приводит к измождению и подверженности заболеваниям, а также к хронической раздражительности, обостренной злобе или ощущению подавленности, «загнанности в угол». Постоянно переживается ощущение нехватки времени.

4) «Кризис». Развиваются заболевания, в результате которых человек частично или полностью теряет работоспособность. Усиливаются переживания неудовлетворенности собственной эффективностью и качеством жизни.

5) «Пробивание стены». Физические и психологические проблемы переходят в острую форму и могут спровоцировать развитие угрожающих жизни заболеваний. Появляются проблемы, ставящие под угрозу карьеру.

Меры первичной профилактики:

- не брать домой недоделанную работу: как правило, поработать дома не удастся, а вот четкое разграничение дома и работы помогает переключаться на другие роли и уделять больше времени семье;

- обязательно соблюдать режим дня: стараться ложиться спать и просыпаться в одно и то же время, следить за питанием, ежедневно гулять на свежем воздухе;

- завести хобби: каждому, кто сталкивается с повышенным стрессом и эмоциональным истощением на работе, необходимо дело, которое приносит удовольствие - спорт, творчество, садоводство, танцы и т. д.;

- научиться планированию: многие специалисты имеют привычку постоянно откладывать дела на потом (так называемая прокрастинация), но это «потом» рано или поздно наступает, после чего и начинается «штурм» отложенных дел, сопровождаемый стрессом [24].

Самая главная профилактика эмоционального выгорания – это забота о здоровье. Неотъемлемой частью жизни каждого человека должны стать прогулки или пробежки, занятия спортом, правильное питание, отказ от вредных привычек.

Отказ от современных технологий не менее важен для стабилизации психического состояния. Всевозможные гаджеты прочно вошли в жизнь каждого человека – они служат не только средством коммуникации, но инструментом для саморазвития, проведения досуга, планирования отдыха и прочее.

Несмотря на всё это, многочисленные исследователи настаивают на том, что частое использование смартфонов способствует накоплению нервного напряжения. В качестве профилактики развития синдрома следует овладеть контролем над эмоциями. Техники релаксаций, расслаблений, медитаций помогут справиться со стрессом, полностью устранить из жизни который невозможно, но научиться реагировать на это проще – вполне выполнимая задача.

При обнаружении первых признаков эмоционального выгорания важно сразу же предпринять соответствующие меры:

1) Отдых – любому человеку нужен полноценный и здоровый отдых, физическое расслабление, снятие нервного напряжения. Важно уметь распределять собственные ресурсы таким образом, чтобы время, отведённое на труд, не требовало жертвованием досуга, и наоборот. На работе целесообразно устраивать небольшие перерывы каждый раз, когда чувствуется эмоциональное напряжение. Это могут быть дыхательные гимнастики, незначительные физические упражнения или просто прослушивание приятной музыки – так энергии хватит на весь день. При этом нецелесообразно пренебрегать отпуском или часто задерживаться на рабочем месте сверхурочно.

2) Систематизация как средства упорядочивания большого количества дел поможет правильно спланировать рабочий график – лишний раз не нервничать, не торопиться, а методично и последовательно следовать плану, выделяя наиболее приоритетные задачи и незначительные, которые приносят пользы меньше, чем требуют энергетических затрат.

3) Нет предела совершенству. Непрерывное саморазвитие – это хорошее качество человека, однако в попытках обойти всех коллег, знакомых

и кумиров из телевизора, даже если и возможно, то не такой ценой. Самосовершенствование должно приносить удовольствие, в какой-то степени, даже расслабление, но не базироваться на чувстве зависти и непреодолимым желанием завоевать сомнительный авторитет.

4) Принятие ошибок. Уместный перфекционизм и неконтролируемое патологическое желание сделать работу идеально – полярно разные понятия. Важно понять, что ошибки – это часть любого развития, это полезный опыт, который зачастую приносит больше пользы, чем вреда. Стремясь выполнить задачу непревзойдённо, человек тратит больше времени на исправления, переделывание, совершенствование, жертвуя остальными должностными обязанностями и собственными естественными потребностями в отдыхе.

5) Разносторонность. Нецелесообразно всю жизнь заикливать исключительно на сфере профессиональной занятости. Важно уделять внимание хобби, социальным контактам, проведению досуга в приятной компании, овладению новыми знаниями, умениями и навыками, не связанными с прямыми должностными обязанностями.

Релаксационные техники, представленные ниже, также могут помочь Куратору преодолеть нарастающее напряжение и негативные эмоции, накопившиеся в ходе работы [25].

Релаксационное упражнение при работе с мышечными зажимами.

Цель: снятие эмоциональных зажимов в теле и выработка двигательной раскрепощенности.

Сядьте в неудобную позу: оглянитесь, не поворачивая плеч и туловища; прижмите подбородок к ключице; поднимите вверх или подайте вперед плечи; коснитесь пальцами руки задней ножки стула. Сосредоточьте внимание на возникшем мышечном зажиме и снимите его усилием воли.

Напряжение и расслабление рук.

Согните руки, держа их перед грудью параллельно полу. Закройте глаза, дышите легко и равномерно, крепко сожмите кулаки. Затем резко напрягите все мышцы рук от плеча до кисти. Кулаки надо сжать так, чтобы мышцы начали вибрировать. Продолжайте дышать легко и равномерно. Напрягайте мышцы до такой степени, чтобы появилось легкое ощущение боли. Опустите руки так, чтобы они свободно повисли вдоль тела. Полностью расслабьте мышцы рук. Расслабьтесь. Медленно вдыхайте и выдыхайте. Сосредоточьтесь на ощущениях тяжести и тепла в Ваших руках, затем откройте глаза. Если Ваши руки не стали теплыми, повторите упражнение. Оно поможет Вам достичь быстрого физического расслабления, снять раздражение и беспокойство.

Напряжение-расслабление тела.

Лягте спиной на пол. Полностью вытяните ноги, положите руки вдоль тела. Дышите легко и свободно. Крепко сожмите ягодицы. Затем напрягите икры и бедра. Напрягите все тело, одновременно делайте равномерные вдохи и выдохи – удерживайте напряжение примерно минуту. Старайтесь не выгибаться вверх, чтобы не получился «мост». Даже когда Вы достигли уровня максимального напряжения, ягодицы должны касаться пола.

Позвольте напряжению полностью уйти. Возьмитесь руками за колени и покачайтесь так несколько раз, чтобы расслабить мышцы позвоночника. Если упражнение удалось, Вы почувствуете расслабление и тепло во всем теле. Если Вы слишком сильно вытягивали ноги, у Вас может появиться ощущение покалывания в стопах и икрах. Упражнение помогает быстро освободиться от напряжения, расслабить мышцы позвоночника, уменьшить боли в спине.

Высвобождение двигательной активности.

Встаньте и закройте глаза, мысленно исследуйте свое тело от подошв до головы, зафиксировав особенно напряженные участки. Откройте глаза, осторожно подвигайте и потрясите своим телом, особенно в местах наибольшего напряжения, пока оно не расслабится. Проверьте тело еще раз и при необходимости повторите упражнение.

«Рабочая ручка».

Упражнение придумано и используется хирургом одной из клиник Санкт-Петербурга. Он говорил следующее: «Когда я выхожу из клиники, которая находится в старом монументальном здании, я берусь рукой за большую металлическую ручку и с трудом открываю подпружиненную дверь. Как только я отпускаю эту ручку и выхожу на улицу, я запрещаю себе думать о работе и рабочих проблемах. Возможно, дома мне придется обдумывать рабочие ситуации, но сейчас, непосредственно после напряженного рабочего дня, я хочу и должен полностью отстраниться от работы и переключиться на свою личную жизнь».

«Волшебный мешочек».

Цель: формирование оптимистичного восприятия жизненных событий. Непосредственно перед сном, уже лежа с закрытыми глазами, постарайтесь проанализировать весь прошедший день и вспомнить все позитивные, приятные, интересные моменты, события, которые вызвали у Вас приятные переживания, пусть даже минимальные. Положите мысленно эти события в мешочек, а мешочек положите себе под подушку. Интересно, что это упражнение не только способствует концентрации на позитивных переживаниях, ощущению, что день прожит не зря, при длительном и регулярном выполнении упражнения (обычно в течение около нескольких недель) возникает концентрация на позитивных переживаниях уже в течение дня – «да, вот это я могу сегодня вечером положить в свой мешочек».

При появлении признаков эмоционального выгорания следует обратиться к психологу или психотерапевту. Специалист поможет разобраться в причинах состояния, определить на какой стадии выгорания находится клиент, даст рекомендации и поможет улучшить состояние. Стратегии помощи при выгорании включают различные виды психотерапевтической работы.

Техники саморегуляции. Саморегуляция – это управление своим психоэмоциональным состоянием, которое достигается воздействием человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управления мышечным тонусом и дыханием. При помощи данных техник достигается

эффект успокоения, восстановления и активизации. К способам саморегуляции относятся смех и юмор, размышления о хорошем, релаксационные упражнения, рассматривание приятных пейзажей, фотографий, картин, прогулки на свежем воздухе, чтение стихов, прослушивание музыки и т. д.

Дыхательные упражнения. Управление дыханием – это эффективное средство влияния на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание (с участием мышц живота) понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое (грудное) дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма, поддерживает нервно-психическую напряжённость. Пример упражнения: представить, что перед носом на расстоянии 10–15 см висит пушинка. Дышать только носом так плавно, чтобы пушинка не шевелилась. Данное упражнение позволяет быстро успокоиться.

Телесно-ориентированная терапия. Под воздействием психических нагрузок возникают напряжение и мышечные зажимы. Умение расслабиться позволяет снять нервно-психическую напряжённость и быстро восстановить силы. В этом помогут техники медитации и расслабления.

Логотерапия (терапия словом). Словесное воздействие задействует сознательный механизм самовнушения. Формулировки самовнушений строятся в виде простых и кратких утверждений позитивной направленности (без частицы «не»).

Техники визуализации. Визуализация – мысленное представление, проигрывание и видение себя в ситуации, которая ещё не произошла. Человек воображает себя делающим (или имеющим) то, к чему он стремится. Выполнять 10 минут перед сном и 10 минут утром.

Специалисту, работающему с ребенком-суицидентом, необходимо помнить, что отрицание чувств, которые он испытывает, и нежелание обращаться к специалистам при выраженных признаках эмоционального выгорания, может привести к тому, что восстановление в итоге займёт гораздо больше времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность сопровождения ребенка с суицидальным поведением зависит от ряда факторов, немаловажное значение среди которых принадлежит компетентности куратора и степени его вовлеченности в процесс специализированной помощи.

Установив положительный контакт с несовершеннолетним и (или) его семьей, куратору будет легче определить истинный причинный комплекс возникших отклонений в поведении ребенка и выстроить соответствующую систему помощи, основанную на доверии и уважении. Правильно установленный контакт задает активность самого несовершеннолетнего к обращению за помощью к конкретному лицу в случае ухудшения эмоционального состояния, дает возможность специалисту быть информированным о ситуации ребенка на протяжении всего периода сопровождения.

Знания в области оказания экстренной психологической помощи ребенку при наблюдаемой суицидальной активности и непосредственной угрозе суицида, позволяют специалисту сохранять внутреннюю готовность к подобному диалогу, повышают резистентность к подобным стрессовым ситуациям и дают возможность подходить к ситуации рационально, минимизируя собственные негативные переживания.

Умение оценить риск совершения суицида – это также умение отреагировать на ситуацию ребенка в верном направлении, принять соответствующие меры, определить необходимость оказания экстренной медицинской помощи. В данном направлении важно понимать, что снижение значимости оценки суицидального риска при его наличии у ребенка может привести к повторным событиям и усугублению ситуации.

Работа с подобными кризисными ситуациями требует от специалиста больших эмоциональных затрат и наличия внутренних ресурсов. Сохранение психического и физического здоровья, обращение к техникам релаксации, снятия напряжения будет способствовать профилактике эмоционального выгорания специалистов.

Информация, представленная в пособии, даст возможность специалисту-куратору почувствовать уверенность в работе с несовершеннолетним и его окружением, получить ответы на многие вопросы, непосредственно касающиеся решения задач сопровождения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Бибчук М.А. Семейная психотерапия суицидального поведения у детей / Сухаревские чтения. Суицидальное поведение детей и подростков: эффективная профилактическая среда // Сборник статей под общей редакцией к.м.н. М.А. Бибчук. – М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва, 2017. – С. 21-23.
- 2 Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
- 3 Белоусова, А. С. Подростковая депрессия и энергетический вампиризм. Способы борьбы / А. С. Белоусова, А. А. Горлова // Потенциал Российской экономики и инновационные пути его реализации : материалы международной научно-практической конференции студентов и аспирантов, Омск, 12 апреля 2016 года / Финансовый университет при Правительстве РФ, Омский филиал. – Омск: Региональный общественный фонд «Фонд региональной стратегии развития», 2016. – С. 142-146.
- 4 Бойко, В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 382 с.
- 5 Воспитание трудного ребенка: дети с девиантным поведением: Учеб.-метод. пособие [Текст] / Под ред. М. И. Рожкова. - М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003-2004. – С. 103.
- 6 Говорин, Н.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность [Текст] / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.
- 7 Добрович А. Выбраться из депрессии. Самара. – Бахрах-М, 2010. – 188 с.
- 8 Дударев В.А. Тактические особенности установления психологического контакта с несовершеннолетними при их допросе/ В.А. Дударев// Вестник Брянского государственного университета, № 2 (1), 2012. – С. 186-191.
- 9 Ефимова О.И. Суицидальное поведение в подростковом возрасте и возможности его профилактики // Медицинские науки, № 11, 2005. – С. 93-95.
- 10 Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Кривулин Е.Н. Клинические особенности депрессий в детском возрасте: Монография. – Челябинск, 2014. – 102 с.
- 11 Исаев Д. Н. Психиатрия детского возраста: психопатология развития : учебник для вузов. – СПб. : СпецЛит, 2013. – 481 с.
- 12 Коллектив авторов. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б.-М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.
- 13 Майерс Д. Социальная психология. - СПб.: Питер, 2007. – 794 с. 8. МакДонах Т., Хэтчер Д.П. Спокойно, ты справишься! 101 способ избавиться от тревоги и стресса. М.: Изд-во Манн, Иванов и Фербер, 2021. – 248 с.
- 14 Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов по работе с родителями обучающихся образовательных организаций

- по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению. – Москва, 2018. – 29 с.
- 15 Меринов А.В. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук, Е.А. Шитов; ФГБОУ ПО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – 132 с.
- 16 Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка — СПб.: ПРАЙМ_ЕВРОЗНАК, 2003. – 384 с.
- 17 Немолот Е.В., Шелехова М.А. К вопросу о консультировании суицидальных подростков. // Альманах современной науки и образования, № 4 (23) 2009, часть 1. – С. 122-127.
- 18 Нестерова, А. А. Профессиональная этика психолога. Учебник и практикум для академического бакалавриата / А. А. Нестерова, Т. Ф. Сулова. – Москва: Издательство Юрайт, 2018. – 356 с.
- 19 Носков В.А. Психотехника общения: учебное пособие. – М.: ИМЦ ГУК МВД России, 2001. – С. 44.
- 20 Пересыпко А.Г. Специфика консультирования суицидальных подростков А.Г. Пересыпко ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Под общей редакцией А.И. Вострецова. Нефтекамск, 2016. – С. 166-169.
- 21 Психиатрия и медицинская психология. Электронный учебник // по ред. Мартынихина И.А., Павличенко А.В., Федотова И.А. – Совет молодых ученых Российского общества психиатров. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psychiatr.ru/textbook>
- 22 Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс : [учебно-методическое пособие] / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян; Московский гор. психолого-пед. ун-т. – Москва: Алвиан, 2007. – 108 с.
- 23 Психологическое сопровождение образовательного процесса. Сборник научных статей в 2-х частях / под ред. Касьяник Е.Л., Минск: РИПО, 2014. – 400 с.
- 24 Реан, А.А. Факторы стрессоустойчивости учителей [Текст] / А.А. Реан, А.А. Баранов. – М: Вопросы психологии, 1997. – 23 с.
- 25 Чутко, Л.С. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты [Текст] / Л.С. Чутко, Н.В. Козина. – М: МЕДпрессинформ, 2013. – 256 с.
- 26 Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты / Л.С.Чутко, Н.В.Козина. - М. ; МЕДпрессинформ, 2013. – 256 с.
- 27 Сосунова, Н. А. Депрессия: найти и обезвредить / Н. А. Сосунова // Здравоохранение Югры: опыт и инновации, № 3, 2015. – С. 5-9.
- 28 Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия [Текст] / Г. В. Старшенбаум. - М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с.
- 29 Суицидология: Учебно-методические рекомендации / С.В. Маруняк. – Архангельск: Из-во СГМУ, 2010. – 56 с.
- 30 Сурикова М. Д. Дети группы риска и их психологические особенности // Молодой ученый. – 2013. – №4. – С. 607-609.

- 31 Шнейдер Л.Б. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Лекция 6 // Школьный психолог, № 22 (452), 2009.
- 32 Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М., 2005. – 336 с.
- 33 Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия. СПб. – Питер, 2004. – 1120 с.
- 34 Этический кодекс Европейской федерации психоаналитической психотерапии. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.psychodynamica.ru/eticv/etika/eticheskij_kodeks_evropejskoj_federatcii_psihoanaliticheskij/



Контакты:

Адрес: г. Архангельск, ул. Попова, 43

E-mail: centr_nadejda@mail.ru

Телефон для предварительной записи: 8 (8182) 20-18-37

понедельник – пятница: 9.00-16.45