

РЕКОМЕНДОВАНО  
К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ В РАБОТЕ ОУ

МБОУ «Образовательный центр «Созвездие»»



С.Н. Сюрин

## Алгоритм

### действий образовательной организации при выявлении ребенка, находящегося в ситуации, представляющей непосредственную угрозу его жизни и здоровья

1. При выявлении ребенка, находящегося в ситуации, представляющей непосредственную угрозу его жизни и здоровья, образовательная организация незамедлительно подключает к работе с несовершеннолетним штатного педагога-психолога и социального педагога.

2. В процессе работы с несовершеннолетним педагогом-психологом школы осуществляется его первичное психодиагностическое интервью и углубленная диагностика познавательной и эмоционально-волевой сфер личности, коммуникативных взаимоотношений (в процессе обследования ведется протокол с фиксацией объективных данных и субъективного мнения психолога).

3. Социальный педагог школы осуществляет изучение микросоциального окружения несовершеннолетнего, особенностей детско-родительских взаимоотношений, коммуникации со сверстниками и одноклассниками (осуществляется протоколирование исследования).

4. Администрация образовательной организации проводит первичную беседу с родителями (законными представителями) несовершеннолетнего о сложившейся ситуации и письменно знакомит их с результатами первичной диагностики, изучения микросоциального окружения.

5. В позднее 3 часов с момента выявления ребенка, находящегося в ситуации, представляющей непосредственную угрозу жизни и здоровья, ОУ письменно и (или) посредством направления Смс-сообщения в сети WhatsApp информирует управление образования администрации городского округа (или Центр ППМС о возникшей ситуации по следующей форме:

✚ Ф.И.О., возраст, класс, дата рождения, контактный телефон;

✚ Ф.И.О. родителей (законных представителей), место работы, занятость, контактные телефоны;

✚ адрес фактического места жительства;

✚ описание ситуации угрозы жизни и здоровья;

✚ результаты первичной психологической диагностики;

✚ результаты оценки микросоциального окружения несовершеннолетнего;

✚ предпринятые ОО экстренные профилактические меры.

6. При выявлении ситуаций, где родители (законные представители) могут быть источником непосредственной угрозы жизни и здоровья несовершеннолетнего, администрацией школы дополнительно и незамедлительно, письменно информируются ПДН УМВД МО по городскому округу, КДН и ЗП администрации городского округа, Управление опеки и

попечительства Министерства образования Московской области по городскому округу.

7. Если у обучающегося имеются признаки аутодеструктивного поведения, признаки острого психического расстройства, выражающиеся в агрессивном поведении по отношению к себе или окружающим, выключении сознания, несвязная речь и спутанность сознания, имеются признаки самоповреждения и пр., администрация школы незамедлительно вызывают скорую медицинскую помощь с обязательной фиксацией времени вызова через службу 112, дополнительно информируют о случившемся управление образования администрации городского округа и Центр ППМС.

8. При выявлении несовершеннолетнего обучающегося, который в ходе бесед с классным руководителем, учителями-предметниками, педагогом-психологом, социальным педагогом и другими работниками образовательной организации, сверстниками или родителями (законными представителями) других обучающихся школы, проговаривает идеи самовольного ухода из жизни, нежелания жить подлежит незамедлительному сопровождению педагогом-психологом и социальным педагогом школы в соответствии с пунктами 1-5 настоящего алгоритма.

9. Любой ребенок, проговаривающий идеи самовольного ухода из жизни, нежелания жить подлежит обязательному осмотру детского или подросткового врача-психиатра с согласия родителей (законных представителей) несовершеннолетнего до 15 лет, или на основании согласия самого несовершеннолетнего по достижении им возраста 15 лет. В случае отсутствия информированного добровольного согласия данный вопрос разрешается с привлечением управления опеки и попечительства Министерства образования Московской области по городскому округу и КДН и ЗП администрации городского округа .

10. Вопрос о госпитализации несовершеннолетнего с признаками острого психического расстройства решается детским или подростковым врачом-психиатром, осмотревшим ребенка с привлечением специалистов станции скорой медицинской помощи Московской области.

11. Ребенок, приступивший к обучению после прохождения курса медицинской реабилитации и имевший в анамнезе признаки аутодеструктивного поведения весь период дальнейшего обучения нуждается в применении в отношении него технологий поддерживающей педагогики и дифференцированного обучения, при необходимости изменения формы и программы обучения данный несовершеннолетний направляется на обследование в условиях ПМПК городского округа. Социальный педагог и педагог-психолог образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний неопределенно долго осуществляют его индивидуальное сопровождение с целью недопущения фактов повторной аутодеструкции, ресоциализации его в классный коллектив, системы досуговой занятости и пр.

12. Семья, в которой воспитывается ребенок, нуждающийся в применении в отношении него технологий поддерживающей педагогики и дифференцированного обучения также подлежит контролю со стороны педагога-психолога и социального педагога школы, осуществляет индивидуальное социально-психологическое сопровождение семьи с целью изменения стилистики детско-родительских взаимоотношений, формирования

конструктивных способов взаимодействия, выстраивания архитектуры и иерархии семейных ценностей.

13. При необходимости привлечения к работе с семьей и ребенком специалистов-реабилитологов, педагогов-психологов и врачей-специалистов, занимающихся вопросами профилактики деструктивных форм поведения ОУ обращается в Центр ППМС. При этом работа с несовершеннолетним в школе продолжается в полном объеме.

14. При организации профилактической, просветительской, коррекционно-развивающей работы с несовершеннолетним, семьей, классными коллективами, родительской и педагогической общественностью педагогом-психологом и социальный педагогом школы применяются методики, рекомендованные для использования в учебно-воспитательном процессе Министерство просвещения РФ и Министерством образования Московской области.

*Для информации: Реестр авторских психолого-педагогических программ, подготовленных, апробированных и внедренных в системный учебно-воспитательный процесс, рекомендованных Федерацией психологов образования России и вошедших в методические сборники Министерства просвещения Российской Федерации размещен на официальном сайте Центр ППМС «Созвездие» в разделе «ресурсный центр инклюзивного и специального образования», вкладке «каталог образовательных, профилактических, развивающих и коррекционно-развивающих программ для использования в учебно-воспитательном и коррекционно-развивающем процессах ОО муниципального округа» по адресу: <http://center-psi.ru/katalog-obrazovatelnyih-profilakticheskikh-razvivayushhih-i-korreksionno-razvivayushhih-programm-dlya-ispolzovaniya-v-uchebno-vospitatelnom-i-korreksionno-razvivayushhem-protssah-obrazovateln>*

## **Факторы детского и подросткового суицида**

1. Одним из главных факторов суицидального поведения в подростковом возрасте выделяют неблагоприятную семейную обстановку. Разрушительность семейного уклада отмечена практически всеми отечественными учеными, исследовавшими проблему детского суицида:

✓ ситуация длительного конфликта в семье или ситуации развода родителей. Подростку нелегко выдерживать ситуацию, когда каждый из родителей «гнет свою линию»;

✓ утрата значимой привязанности, например, смерть мамы или любимой собаки для ребенка становится нелегким испытанием;

✓ отсутствие в семье «значимого взрослого». В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.

2. Психологическая неадекватность в воспитании. Следующий фактор раскрывает содержание внутрисемейного воспитания. Ряд исследований в области педагогического насилия в образовательных учреждениях, а также неуставных отношений в рядах воинских частей, лишь подтверждают правомерность выделенного факта. Он характеризуется:

✓ назойливостью, морализаторством, утомительностью в отношениях;

✓ несправедливостью в требованиях и притязаниях;

✓ наличием факта психологического или сексуального насилия;

✓ наличием фактов физического насилия.

3. Подростковое одиночество. В групповых социально-психологических исследованиях (например, социометрии) попадают в группу «отверженные», «козлы отпущения» и др.:

✓ в начальной школе (7-9 лет) статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливость, неопрятность, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;

✓ в среднем звене (10-14 лет) статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, не успешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики;

✓ для юношеского периода (14-18 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку.

4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в развитии подростка, дисгармоничном развитии, в сравнении со сверстниками:

✓ раннее интенсивное проявление вторичных половых признаков (так называемый «ранний старт») в сравнении со сверстниками и нормами в развитии. В норме, для девочек проявление половых признаков происходит к 11 годам, у мальчиков – после 13 лет;

✓ дисморфия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным негармоничным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей характерен для внешнего вида подростка, интенсивный и непропорциональный рост внутренних органов провоцирует эмоциональные перепады и гормональные перепады («срывы» у подростка);

✓ яркая картина акцентуаций в подростковом возрасте.

5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для детской агрессивности характерна вспыльчивость, мгновенность, импульсивность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:

✓ высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;

✓ высокий уровень нервно-мышечного напряжения;

- ✓ высокий уровень внушаемости;
- ✓ бескомпромиссность (черно белый мир, наличие категорий только «да» и «нет»), мир крайностей без полутонов).

### **Часто встречающиеся заблуждения о суицидах**

Изучение закономерностей формирования суицидального поведения, специфики детской суицидальности, выявление основных факторов риска позволило разработать принципы прогнозирования и методические приемы профилактики и коррекции суицидальности среди детей для специалистов. Прежде всего, одной из важных социально значимых задач для педагогов, психологов и социальных педагогов, работающих с детьми и подростками, является выявление суицидального риска и преодоление мифов общественного сознания о суицидальном поведении, которым бывает подвержено не только дальнее, но порой и ближнее окружение суицидентов, а иногда и они сами.

Миф 1. Самоубийства совершают только больные дети. Истина, однако, заключается в том, что среди самоубийц психически больных не больше, чем среди остального населения.

Миф 2. Самоубийства являются исключительно импульсивным деянием, и помочь самоубийце в таком случае нельзя. Истина заключается в том, что любое самоубийство – это логический итог неблагополучия личности в какой-либо из сфер его жизни. Внимание к проблемам ближнего может предотвратить роковой шаг.

Миф 3. Ребенок, который пугает своих близких, никогда не совершит суицид. Истина же в том, что ребенок, стоящий на грани самоубийства, может сделать это под влиянием сиюминутного аффекта.

Миф 4. Спасенные дети никогда больше не совершат попытку суицида. Истина в том, что рано или поздно наступит повтор. Совершивший суицидальную попытку ребенок, как правило, (в 50% случаев) ее повторяет. В свою очередь, 50 % из повторивших суицид заканчивают его «успешно».

Миф 5. Нельзя разговаривать на тему суицида в присутствии детей, склонных к депрессии, т.к. такие разговоры могут спровоцировать суицид. Дети, имеющие суицидальные мысли, могут получать облегчение, разговаривая о своих чувствах, переживая так называемый «катарсис».

Миф 6. Ребенок перед самоубийством будет говорить об этом, но окружающие воспримут это как шутку. В большинстве случаев, если не принимать во внимание аффективные суициды, прослеживаются косвенные замыслы, т.е. ребенок почти всегда предупреждает окружающих о своих намерениях.

Миф 7. Снижению уровня самоубийств способствуют статьи в СМИ, рассказывающие о том, как и почему было совершено то или иное самоубийство. В средствах массовой информации, как правило, публикуется только сам факт совершения самоубийства, что не влияет на количество самоубийств в различных возрастных группах.

Миф 8. Употребление алкогольсодержащих напитков помогает снять суицидальное переживание. Реалии таковы, что употребление спиртных напитков, зачастую, вызывает обратный эффект: повышается тревожность, обостряются конфликты и т.д.

Миф 9. Существует тип людей, склонных к самоубийству; влечение к которому передается по наследству. Это утверждение никем еще не доказано. Необходимо хорошо знать индивидуальные психофизиологические и социально-психологические особенности ребенка. Любое изменение в его поведение должно настораживать. Угрюм он, раздражителен или замкнут, или, наоборот, излишне возбудим – повод для тревоги есть, тем более, что дети – народ непредсказуемый. Крайне важно, чтобы родители ребенка не боялись обращаться за помощью, если они заметили явные (и даже не очень) проблемы в психическом состоянии своих детей. Совершенно

недопустимо отлучать ребенка от дома, да еще и подталкивать его к этому: «И обратно не приходи». Такие «страшные слова» срываются с родительских уст нередко, порой оказываясь последним напутствием.

Необходимо обращать внимание на факторы риска, признаки и знаки суицидального поведения в детском и подростковом возрасте:

- ✓ суицидальная предрасположенность, т.е. наличие родственников, совершивших суицид (так называемая отягощенная наследственность);
- ✓ отсутствие теплых, доверительных отношений в семье (нежеланный ребенок), чувство отверженности;
- ✓ потеря родителей, распад семьи;
- ✓ избиение или насилие со стороны родителей, братьев или сестер, других родственников;
- ✓ физическое или моральное унижение со стороны близких людей;
- ✓ чувство страха, тоски и отчаяния или же чувство обиды;
- ✓ конфликт с педагогами или одноклассниками;
- ✓ страх наказания за совершенные или несовершенные проступки;
- ✓ одиночество;
- ✓ состояние алкогольного опьянения или токсического отравления;
- ✓ патология характера и психические заболевания.

### **Индикаторы повышенной степени суицидального риска детей и подростков**

<b>Ситуационные индикаторы</b>	
✓	развод родителей;
✓	смерть любимого человека;
✓	сексуальное насилие, сексуальная неудача;
✓	систематические избиения;
✓	публичное унижение;
✓	коллективная травля;
✓	одиночество, тоска;
✓	денежные долги, подражание кумиру;
✓	раскаяние за совершенное убийство или предательство;
✓	получение тяжелой инвалидности;
✓	неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти;
✓	угроза физической расправы;
✓	семейная история суицида;
✓	несправедливые требования к учащемуся;
✓	прессинг «успеха» со стороны родителей
<b>Коммуникативные индикаторы</b>	
✓	прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное);
✓	несформированность навыков общения;
✓	шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
✓	уверения в беспомощности и зависимости от других;
✓	прощание;
✓	сообщение о конкретном плане суицида;
✓	двойственная оценка значимых событий;
✓	самообвинения;
✓	медленная, маловыразительная речь
<b>Поведенческие индикаторы</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;</li> <li>✓ эскейп-реакции (уход из дома и т. п.);</li> <li>✓ нарушения дисциплины или снижение достижений и связанные с этим неприятности в учебе, спортивной деятельности, любимом занятии;</li> <li>✓ выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;</li> <li>✓ резкое снижение повседневной активности;</li> <li>✓ изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;</li> <li>✓ частое прослушивание траурной или печальной музыки;</li> <li>✓ склонность к неоправданно рискованным поступкам;</li> <li>✓ «приведение дел в порядок» (письма, раздаривание личных вещей, расставание с дорогими вещами или деньгами);</li> <li>✓ любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;</li> <li>✓ приобретение средств для совершения суицида;</li> <li>✓ самоизоляция от других людей и жизни;</li> <li>✓ посещение врача без очевидной необходимости</li> </ul>
<b>Когнитивные индикаторы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;</li> <li>✓ представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;</li> <li>✓ разрешающие установки относительно суицидального поведения (наличие суицидальных мыслей, намерений, планов);</li> <li>✓ негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего (неадекватная самооценка личностных возможностей, уязвленное чувство собственного достоинства);</li> <li>✓ представление о будущем как бесперспективном, безнадежном, отсутствие планов на будущее;</li> <li>✓ представление о мире как месте потерь и разочарований;</li> <li>✓ отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;</li> <li>✓ чрезмерная самокритичность;</li> <li>✓ отсутствие идеалов в жизни;</li> <li>✓ нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы</li> </ul>
<b>Эмоциональные индикаторы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ амбивалентность по отношению к жизни;</li> <li>✓ безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;</li> <li>✓ вина или ощущение неудачи, поражения;</li> <li>✓ чрезмерные опасения или страхи;</li> <li>✓ чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;</li> <li>✓ рассеянность или растерянность;</li> <li>✓ переживание горя;</li> <li>✓ состояние постоянного (прогрессирующего) переутомления</li> </ul>
<b>Мотивационные индикаторы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ несостоятельность, неудачи в учебе, сексуальных эксцессах, любви, падение престижа в коллективе сверстников;</li> <li>✓ физические или душевные страдания (чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения);</li> <li>✓ протест, чувство мести, злобы для наказания значимого другого;</li> <li>✓ призыв к состраданию, сочувствию, крик о помощи;</li> <li>✓ переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания;</li> </ul>

✓	избегание (боязнь позора, насмешек или унижения);
✓	самонаказание и отказ от жизни (капитуляция);
✓	действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность; переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи, страх наказания, нежелание извиниться;
✓	угроза или вымогательство;
✓	желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
✓	сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»)

### Диспозициональные индикаторы

✓	агрессивность;
✓	депрессия;
✓	акцентуация характера;
✓	беспомощность;
✓	тревожность;
✓	капризность, привередливость

#### К общим признакам суицидального поведения относится:

- ✓ цель - поиск решения;
- ✓ задача - сужение сознания;
- ✓ стимул - невыносимая психическая боль;
- ✓ стрессор - фрустрированные психологические потребности;
- ✓ эмоция - беспомощность-безнадежность;
- ✓ отношение к суициду – амбивалентность;
- ✓ состояние психики - сужение когнитивной сферы;
- ✓ действие - бегство (агрессия);
- ✓ коммуникация - сообщение о своем намерении.

При оценке степени суицидального риска специалист должен учитывать, всю полученную информацию. В процессе индивидуальной беседы и наблюдения за ребенком выявляются и фиксируются в протоколе дополнительные индикаторы в поведении, эмоциональном выражении, оценке собственной жизни, особенностях взаимодействия с окружающими и психофизиологических нарушений.

### **Симптомокомплекс индикаторов суицидального поведения детей и подростков**

<b>Поведение (внешний вид)</b>	Тоскливое выражение лица (скорбная мимика) Гипомимия амимия Тихий монотонный голос Ускоренная экспрессивная или замедленная речь Краткость или отсутствие ответов Патетические интонации, причитания Склонность к нытью Общая двигательная заторможенность Бездеятельность, адинамия Двигательное возбуждение
------------------------------------	--



<b>Эмоциональное выражение</b>	<p>Маски и постоянный фон настроения: скука, грусть, уныние, угнетенность, мрачная угрюмость, злобность, тоска, раздражительность</p> <p>Ворчливость, брюзжание</p> <p>Неприятное, враждебное, безразличное отношение к окружающим</p> <p>Чувство ненависти к благополучию окружающих или углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг</p> <p>Чувство физического недовольства</p> <p>Чувство бесчувствия</p> <p>Тревога беспредметная (немотивированная)</p> <p>Ожидание непоправимой беды</p> <p>Страх немотивированный</p> <p>Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности</p> <p>Тяжелое чувство вины и несостоятельности</p>
<b>Оценка собственной жизни</b>	<p>Пессимистическая оценка своего прошлого или нынешнего состояния</p> <p>Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого</p> <p>Отсутствие перспективы в будущем</p>
<b>Взаимодействие с окружающими</b>	<p>Нелюдимость, избегание контактов с окружающими</p> <p>Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью</p> <p>Склонность к нытью</p> <p>Капризность</p> <p>Эгоцентрическая направленность на свои страдания</p> <p>Длительно подавляемые эмоциональные реакции</p> <p>Отсутствие и потеря межличностных контактов</p>
<b>Психофизиологические нарушения</b>	<p>Слезливость</p> <p>Расширение зрачков</p> <p>Сухость во рту «симптомы сухого языка»</p> <p>Соматизация (тахикардия, головные боли и др.)</p> <p>Повышенное АД</p> <p>Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха</p> <p>Ощущение комка в горле</p> <p>Бессонница или повышенная сонливость</p> <p>Нарушение ритма сна, отсутствие чувства сна</p> <p>Чувство физической тяжести, душевной боли в груди и других частях тела (голове, животе)</p> <p>Запоры</p> <p>Снижение или повышение веса тела</p> <p>Снижение аппетита (пища ощущается безвкусной)</p>

Силу суицидального намерения или степень его выраженности можно рассматривать как точку континуума, так как прямо связана с интенсивностью возникновения мыслей о самоубийстве:

- ✓ редко («хорошо бы заснуть и не проснуться»);
- ✓ постоянно («я сделаю это, другого выхода нет»);
- ✓ появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте.

Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше степень суицидального риска. В.С. Ефремов выделяет пять уровней суицидального риска, которые могут быть положены в основу дифференциации диагностических комплексов профилактики суицидального поведения, например по возрастам, по ведущим индикаторам: ситуационным, коммуникативным, когнитивным, эмоциональным, поведенческим, мотивационным, диспозициональным. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) примерную шкалу оценки суицидального риска составляют четыре уровня (риск отсутствует, незначительный, умеренный, высокий). На наш взгляд, разделение высокого уровня на «выше среднего и максимальный риск», сделанное В.С. Ефремовым целесообразно. Эти два уровня и составляют коррекционные группы.

Уровни суицидального риска (В.С. Ефремов)

Уровни	Содержание
<b>min</b>	Ребенок и подросток находится вне зоны суицидальной активности. Однако могут констатироваться те или иные суицидогенные факторы и даже их определенная констелляция, но это не приводит к стойкому снижению настроения. У подростка проявляются отдельные относительно кратковременные антивитальные переживания. Риск отсутствует.
<b>ниже среднего</b>	Стойкое снижение настроения. В антивитальных переживаниях доминирует недовольство жизнью, периодически возникают сновидения с картинами смерти. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют.
<b>средний</b>	Наряду со сновидениями в сознании возникают сцены смерти известных самоубийств, но не связывается с переживаемой ситуацией, имеют своеобразный «отстраненный» характер. Присутствует мотивация улучшить по возможности свое текущее состояние и психологический статус.
<b>выше среднего</b>	Четкое осознание «безвыходности» ситуации. В сознании часто появляются образы смерти и самоубийства. Появляется желание смерти пассивного характера («заснуть бы и не проснуться, кто бы убил меня» и т.д.) и антисуицидальные тенденции («если умру, мама будет плакать», «не доставлю ему удовольствия» и т.п.).
<b>max</b>	К желанию собственной смерти присоединяются мысли об убийстве самого себя (обдумывает способы самоубийства). Исчезают антисуицидальные тенденции. Мысль о самоубийстве становится доминирующей, отмечается достаточно специфическое сужение сознания. Когнитивная жесткость и отсутствие надежд на будущее. Отвергает социальную поддержку.

В основе профилактического прогноза уровней суицидального риска лежит интегральная оценка, которая складывается из суицидогенных и антисуицидальных факторов. Антисуицидальные факторы являются личностным ресурсом в процессе адаптации и реабилитации детей и подростков, как в индивидуальной, так и в групповой коррекционной работе специалистов. Если диагностика показывает выше среднего и максимальный уровни

суицидального риска и намерений, специалист приступает к коррекционной работе.

## **Рекомендации родителям по профилактике подростковых суицидов**

### **Что необходимо знать родителям детей и подростков?**

#### **Почему ребенок решается на самоубийство?**

- ✓ нуждается в любви и помощи;
- ✓ чувствует себя никому не нужным;
- ✓ не может сам разрешить сложную ситуацию;
- ✓ накопилось множество нерешенных проблем;
- ✓ боится наказания;
- ✓ хочет отомстить обидчикам;
- ✓ хочет получить кого-то или что-то;

#### **В группе риска – подростки, у которых:**

- ✓ сложная семейная ситуация;
- ✓ проблемы в учебе;
- ✓ мало друзей;
- ✓ нет устойчивых интересов, хобби;
- ✓ перенесли тяжелую утрату;
- ✓ семейная история суицида;
- ✓ склонность к депрессиям;
- ✓ употребляющие алкоголь, наркотики;
- ✓ ссора с любимой девушкой или парнем;
- ✓ жертвы насилия;
- ✓ попавшие под влияние деструктивных религиозных сект или молодежных течений.

#### **Признаки суицида:**

- ✓ угрожает покончить с собой;
- ✓ отмечается резкая смена настроения;
- ✓ раздает любимые вещи;
- ✓ «приводит свои дела в порядок»;
- ✓ становится агрессивным, бунтует, не желает никого слушать;
- ✓ живет на грани риска, не бережет себя;
- ✓ утратил самоуважение.

#### **Что Вы можете сделать?**

- ✓ будьте внимательны к своему ребенку;
- ✓ умейте показывать свою любовь к нему;
- ✓ откровенно разговаривайте с ним;
- ✓ умейте слушать ребенка;
- ✓ не бойтесь прямо спросить о самоубийстве;
- ✓ не оставляйте ребенка один на один с проблемой;
- ✓ предлагайте конструктивные подходы к решению проблемы;
- ✓ вселяйте надежду, что любая ситуация может разрешиться конструктивно;
- ✓ привлеките к оказанию поддержки значимых для ребенка лиц;
- ✓ обратитесь за помощью к специалистам.

#### **Чего нельзя делать?**

- ✓ нельзя читать нотации;
- ✓ не игнорируйте человека, его желание получить внимание;
- ✓ не говорите: «Разве это проблема?», «Ты живешь лучше других» и т.д.;
- ✓ не спорьте;
- ✓ не предлагайте неоправданных утешений;

- ✓ не смейтесь над подростком.

#### **Советы внимательным и любящим родителям:**

- ✓ показывайте ребенку, что вы его любите;
- ✓ чаще обнимайте и целуйте;
- ✓ поддерживайте в сложных ситуациях;
- ✓ учите его способам разрешения жизненных ситуаций;
- ✓ вселяйте в него уверенность в себе;
- ✓ помогите ребенку проявить свои переживания через игры, рисунки, лепку, увлечения.

#### **Если вы заметили изменения характера и поведения своего ребенка:**

1. Не стоит замалчивать проблему и самостоятельно пытаться ее решить.
2. Вы всегда имеете возможность проконсультироваться со специалистом.
3. В вашей школе работает педагог-психолог и социальный педагог готовый Вам помочь.

(информация о режиме работы педагога-психолога и социального педагога размещена при входе, на информационном стенде вашей образовательной организации)!!!

4. В случае, если вы не обнаружили информацию о графике работы специалистов, обращайтесь к классному руководителю или руководителю школы, они обязательно Вам помогут!!!

5.

Если вы увидели, что ребенок находится в ситуации представляющей непосредственную угрозу для его жизни и здоровья незамедлительно обратитесь за помощью в службу

**112**

**ЛЮБОЙ РЕБЕНОК, НАХОДЯЩИЙСЯ В СЛОЖНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, НУЖДАЕТСЯ В ПОДДЕРЖКЕ И ВНИМАНИИ ВЗРОСЛЫХ!!! НАПОМИНАЕМ!!! ДЕТИ И ПОДРОСТКИ, В ОТЛИЧИИ ОТ ВЗРОСЛЫХ, ПОРОЙ НЕ ИМЕЮТ РЕСУРСОВ НА ПРИНЯТИЕ ПРАВИЛЬНОГО РЕШЕНИЯ В СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЯХ И ИМ НУЖНА НАША С ВАМИ ПОМОЩЬ!!!**

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ИХ РОДИТЕЛЕЙ**

**8-800-2000-122**

#### **Рекомендации по организации профилактической работы в образовательных организациях по профилактике деструктивных форм поведения несовершеннолетних в учебно-воспитательном процессе**

1. При организации профилактической работы в образовательной организации по профилактике деструктивных форм поведения несовершеннолетних школа ежегодно утверждает план в срок до 05 сентября текущего учебного года.

2. В плане профилактической работы обязательно должны быть предусмотрены следующие группы мероприятий:

- ✓ **Работа с педагогическим коллективом:**

✚ проведение тематических заседаний педагогического совета по теме профилактики деструктивных форм поведения несовершеннолетних (не реже 1 раза в год, по мере необходимости);

✚ проведение тематических заседаний методических объединений классных руководителей (не реже 1-2 раз в год, по мере необходимости);

✚ проведение заседаний Совета профилактики правонарушений, безнадзорности и правонарушений с привлечением классных руководителей и учителей-предметников, преподающих в классах, где обучаются дети «группы риска» и обучающиеся из «социально-уязвимых» семей (не реже 1 заседания в 2 месяца, по мере необходимости);

✚ проведение заседаний психолого-педагогического консилиума с целью разработки специальных условий получения образования обучающимися, испытывающими образовательные трудности, ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (не реже 1 раза в 2 месяца, по мере необходимости);

✚ индивидуальное консультирование педагогом-психологом и социальным педагогом учителей-предметников и классных руководителей по вопросам индивидуального сопровождения обучающихся, испытывающих образовательные трудности, детей «группы риска» и несовершеннолетних, воспитывающихся в «социально-уязвимых» семьях с целью корректировки индивидуальных планов педагогического сопровождения (по мере необходимости);

✚ проведение тематических заседаний при директоре по участию образовательной организаций в скрининговых и мониторинговых исследованиях, осуществляемых управлением образования администрации городского округа, Министерством образования Московской области и Министерством просвещения РФ, подготовке участия образовательных организаций в социально-психологическом тестировании, профилактических осмотрах врачей психиатров-наркологов, получении информированных согласий от родителей (законных представителей) и обучающихся, достигших возраста 15 лет,

✚ минимизации фактов отказов от прохождения тестирования и медицинских осмотров.

#### **Работа с родительской общественностью:**

✚ проведение общешкольных профилактических акций, семинаров, мастер-классов по профилактике деструктивных форм поведения среди несовершеннолетних в рамках тематических предметных недель, месячников по профилактике немедицинского потребления ПАВ несовершеннолетними и пропаганде здорового образа жизни. В ходе подготовки к профилактическим мероприятиям учитывать, что профилактика должна осуществляться в позитивном ключе, без упоминания вреда наркотических и других психоактивных веществ, сцен суицида и пр. Главной задачей педагогических работников, при осуществлении первичной педагогической профилактики ведущих факторов социально-психологического неблагополучия в образовательной организации является упор на формирование ценностного

отношения к жизни у всех обучающихся школы, ведение здорового образа жизни, формирование ценностей семьи и эффективных коммуникативных взаимоотношений. Предпочтительным является привлечение родителей к профилактическим акциям, совместным мероприятиям с детьми, не только с целью изучения особенностей детско-родительских взаимоотношений, но и их гармонизации («Мама, папа, я – спортивная семья», «Мое генеалогическое древо», «Умники и умницы», «Я горжусь своими родителями», «Мой ребенок самый лучший» и пр.) (по мере необходимости, но не реже 1 раза в полугодие);

✚ проведение тематических родительских собраний по теме профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних с привлечением педагога-психолога и социального педагога, информирование родителей о возможностях получения специализированной психологической помощи как в школе, так и в учреждениях и подразделениях системы профилактики безнадзорности и беспризорности (не реже 2 раз в год, по мере необходимости);

✚ ознакомление родителей (законных представителей) обучающихся с результатами групповой или индивидуальной углубленной психолого-педагогической и социально-педагогической диагностики классов, с соблюдением принципов конфиденциальности (по мере необходимости);

✚ ознакомление родителей (законных представителей) с профилактическими, образовательными и коррекционно-развивающими возможностями школы, наличием кружков, факультативов и дополнительных образовательных программ, реализуемых как в рамках ФГОС, так и в рамках реализации план воспитательной работы образовательной организации (по мере необходимости);

✚ осуществление индивидуального консультирования родителей (законных представителей) несовершеннолетних педагогом-психологом и социальным педагогом школы по вопросам применения технологий поддерживающей педагогики, профилактике школьных трудностей, дифференциации и индивидуализации образовательного маршрута и пр. (по мере необходимости).

### **Работа с обучающимися:**

✚ Проведение тематических классных часов, диспутов, открытых уроков и декад правовых знаний, направленных на формирование ценностей здорового образа жизни, ориентации на формирование ценностного отношения к жизни у всех обучающихся школы, формирование законопослушного поведения и пр. (в соответствии с планом воспитательной работы школы, рабочими программами по учебным предметам, планом воспитательной работы классного руководителя, в течение года, с охватом 100% контингента школы);

✚ Осуществление работы по раннему выявлению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, обучающихся с образовательными трудностями, детей-инвалидов и обучающихся с ОВЗ и оказанию индивидуальной и групповой психолого-педагогической и социально-педагогической помощи, педагогического сопровождения (в течение года, по отдельному плану);

✚ Осуществление индивидуальной и групповой коррекционно-развивающей, просветительской и развивающей работы педагогом-психологом

и социальным педагогом с обучающимися «группы риска», детьми с ОВЗ, детьми-инвалидами и обучающимися, испытывающими образовательные трудности (по мере необходимости, в течение года);

✚ Проведение тематических плановых скрининговых исследований контингента обучающихся школы (по отдельному графику, с охватом 100% контингента образовательной организации);

✚ Проведение тематических тренинговых занятий с активом ученического самоуправления, последующей интеграцией этого актива в систему воспитательной работы образовательной организации (в течение года, по мере необходимости).

При организации профилактической работы как с обучающимися, так с родительской и педагогической общественностью приоритетной формой работы является применение активных методов обучения, с целью формирования компетентностной основы ведения здорового образа жизни, навыков совладающего поведения и правового самосознания обучающихся.

**Психодиагностические методики,  
использующиеся для выявления признаков аутодеструктивного  
поведения**

№ п/п	Наименование методики	Возрастная характеристика респондентов
1	Цветовой тест М. Люшера	для взрослых и детей с 5-ти лет
2	Выявление суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич)	обучающиеся 5-11 классов
3	Методика «Незаконченные предложения», вариант методики Saks-Sidney, адаптирована в НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева	для учащихся с 1-го класса
4	Диагностика суицидального поведения подростков (модификация опросника Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» для подросткового возраста)	обучающиеся подросткового возраста
5	Методика «Сигнал». Иматон	для подростков с 16 лет
6	Методика диагностики суицидального поведения Горской М.В.	для подростков 16-17 лет
7	Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова)	обучающиеся подросткового возраста
8	Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)	обучающиеся 8-11 классов
9	Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)	с подросткового возраста
10	Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)	с подросткового возраста

11	Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона	с подросткового возраста
12	«Одиночество» опросник С.Г. Корчагиной	с подросткового возраста
13	Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко А.Е.	с подросткового возраста
14	Опросник Басса-Дарки	с подросткового возраста
15	Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга	с подросткового возраста
16	Факторный личностный опросник Кеттелла	Имеются модификации для обучающихся 7-12лет; 12-16лет
17	Самореферентивная методика «Круг»	с 12 лет
18	Самореферентивная методика «Круг общения»	с младшего школьного возраста
19	Проективная методика «Рисунок человека»	с младшего школьного возраста
20	Проективная методика «Рисунок семьи»	с младшего школьного возраста
21	Проективная методика «Рисунок несуществующего животного»	с младшего школьного возраста
22	Проективная методика «Рисунок семьи животных»	с младшего школьного возраста
23	Опросник САН (самочувствие, активность, настроение)	с подросткового возраста
24	Детский апперцептивный тест (САТ)	дети от 3 до 10 лет



**Краткая характеристика дополнительных психодиагностических методик  
по выявлению суицидального риска**

Показатели диагностики	Источник	История создания
<b>В. Войцех, А.А. Кучер, В.П. Костюкевич Методика «Психодиагностика суицидальных намерений» у детей (ПСН «В»)</b>		
<b>Цель:</b> Исследование аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- алкоголь, наркотики</li> <li>- несчастная любовь</li> <li>- противоправные действия</li> <li>- деньги и проблемы с ними</li> <li>- добровольный уход из жизни</li> <li>- семейные неурядицы</li> <li>- потеря смысла жизни</li> <li>- чувство неполноценности, ущербности, уродливости</li> <li>- школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути</li> <li>- отношения с окружающими</li> </ul>	<p>Кучер, А. А. Выявление суицидального риска у детей / А. А. Кучер, В.П. Костюкевич // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2001. - №. 3. - С. 32-39.</p> <p>С.Т. Губина, Н.Л. Югова, Р.Р. Камалов, Н.Б. Симакова, Практическая психология в деятельности классного руководителя: профилактика суицидального подведения подростков в сети Интернет, Глазов, 2013.- С. 250-256.</p>	<p>Методика была одобрена экспертной комиссией Московского НИИ психиатрии и в 1998 г. С 2000 г. внедрена в деятельность психологов Министерства внутренних дел России. С 2009 г. применяется школьными психологами Минобразования России. В апреле 2012 г. методика ПСН стала использоваться в качестве базисного психод-го средства в НИР Департамента образования города Москвы по теме «Создание условий для оказания комплексной психолого-педагогической и информационной помощи в кризисной ситуации для подростков и молодежи, направленных на профилактику суицидального поведения несовершеннолетних».</p>
<b>Шмелев А.Г. Опросник суицидального риска ОСР</b>		
<b>Цель:</b> Диагностика суицидального риска, выявление уровня сформированности суицидальных намерений		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- демонстративность</li> <li>- аффективность</li> <li>- несостоятельность</li> <li>- социальный пессимизм</li> <li>- слом культурных барьеров</li> <li>- максимализм</li> <li>- временная перспектива</li> <li>- антисуицидальный фактор</li> </ul>	<p>Шмелев А.Г. , Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска./ Практикум по психодиагностике. – М.: МГУМ, 1992. – С. 8.</p>	<p>Опросник прошел психометрическую адаптацию И.Ю. Беляковой, выполненной под руководством А.Г. Шмелева. Далее он был дополнен вопросами ответы на которые, выражают специфику суицидентов. Опросник опирается на новую и оригинальную «четырёх-полюсную» концепцию личностных черт, позволяющую существенно сократить артефакт социально-желательного ответа.</p>
<b>А.Н. Орел Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП)</b>		
<b>Цель:</b> Измерение готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.		

<b>Показатели диагностики</b>	<b>Источник</b>	<b>История создания</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- склонность к преодолению норм и правил</li> <li>- склонность к аддиктивному (зависимому) поведению.</li> <li>- склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению</li> <li>- склонность к агрессии и насилию</li> <li>- солевой контроль эмоциональных реакций.</li> <li>- склонность к деликвентному поведению</li> </ul>	<p>Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел) / Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. – М.: Сфера Юрайт, 2004. С.141-154.</p>	<p>Первоначально был разработан мужской вариант методики подростковой популяции, позднее дополнен женским вариантом.</p>
<p><b>Погодин И.А. Методика определения степени риска совершения суицида</b>  <b>Цель</b> - выделение детей группы суицидального риска; сопровождение детей и их семей с целью предупреждения суицида.</p>		
<p>На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам психодиагностической беседы отмечается наличие выраженности перечисленных в карте факторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- данные анамнеза</li> <li>- актуальная конфликтная ситуация</li> <li>- характеристика личности</li> </ul> <p>При этом напротив каждого фактора следует поставить его условный «вес»: отсутствует, слабо выражен, присутствует, наличие не выявлено</p>	<p>Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие – 2-е изд. М.: «Стереотип: Флинта», 2011. – 189 с.</p>	<p>Погодин И.А. работал на телефоне доверия и первыми клиентами были люди, находящиеся в суицидо-опасном кризисе. Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Сбор информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальная беседа, изучение и анализ документов.</p>
<p><b>Юнацкевич П.И. Диагностика «СР-45»</b>  <b>Цель:</b> Выявление склонности к суицидальным реакциям и констатация начального уровня развития склонности личности к суициду в период обследования</p>		

Показатели диагностики	Источник	История создания
<p>Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (40):  <math>Sr = N/35 \pm 0.07</math>  где N количество совпадающих с «ключом» ответов. Показатели, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к нулю - о низком уровне.</p>	<p>Юнацкевич П.И. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения. – СПб: ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1998. – 160 с.</p>	<p>Юнацкевич П.И. выделил группы социальных и социально-психологических факторов, оказывающих влияние на суицидальный риск опираясь на зарубежные исследования К. Лукас, Г. Сейден, Э. Шнейдман, Н. Фарбероу и российские разработки психологов Т.И. Заславской, С.В. Кондричина, А.А. Быкова, А.А. Давыдова, Б.Н. Порфирьева, С.Г. Олькова, В.Н. Шубкина, М.Б. Данилова, И.М. Елисеева, Л.И. Постоваловой, Н.Н. Проскурниной, О.В. Бровчук.</p>
<p><b>М.В. Горская Склонность подростка к суицидальному поведению (СПСП)</b>  <b>Цель:</b> изучить склонности подростков к суицидальному поведению</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- уровень тревожности</li> <li>- уровень фрустрации</li> <li>- уровень агрессии</li> <li>- уровень ригидности.</li> </ul>	<p>Горская М.В. Диагностика суицидального поведения подростка.// Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2008, № 1.– С. 44-52.</p>	<p>Авторская разработка</p>
<p><b>Ю.Р. Вагин Суицидальная мотивация</b>  <b>Цель:</b> Выявить и проанализировать мотивационные аспекты суицидального поведения, которые позволяют оценить выраженность суицидальных тенденций.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- альтруистическая мотивация (смерть ради других).</li> <li>- анемическая (потеря смысла жизни).</li> <li>- анестетическая (невыносимость страдания).</li> <li>- инструментальная (манипуляция другими).</li> <li>- аутопунитическая (самонаказание).</li> </ul>	<p>Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. - Пермь, 1999. - 103 с.</p>	<p>Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996-98 г.</p>

Показатели диагностики	Источник	История создания
- гетеропунитическая (наказание других).		
- поствиталяная (надежда на что-то лучшее после смерти).		
<b>Ю.Р. Вагин «Противосуицидальная мотивация»</b> <b>Цель:</b> выявить и проанализировать противосуицидальные мотивационные комплексы позволяющие оценить сформированность противосуицидальной защиты.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- провиталяная мотивация (страх смерти).</li> <li>- религиозная мотивация</li> <li>- этическая (чувство долга перед близкими людьми).</li> <li>- моральная (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения).</li> <li>- эстетическая</li> <li>- нарциссическая (любовь к себе).</li> <li>- когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход).</li> <li>- временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему).</li> <li>- Финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть)</li> </ul>	<p>С.Т. Губина, Н.Л. Югова, Р.Р. Камалов, Н.Б. Симакова, Практическая психология в деятельности классного руководителя: профилактика суицидального подведения подростков в сети Интернет: Монография. – г. Глазов, 2013.- С. 244-247.</p>	<p>Авторская разработка</p>
<b>Piers, D.W. Шкала суицидальных интенций Пирса</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-обстоятельства совершенного суицида</li> <li>-самоотчет</li> <li>-медицинский риск</li> </ul>	<p>Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях.- Томск. ООО «Рекламная группа Графика»,2013.- С. 41-42</p>	
<b>Зотов М., Петрукевич В.М., Сысоев В.Н. Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»</b>		

Показатели диагностики	Источник	История создания
<p>Цель: объективном измерении психофизиологических реакций для решения задач профилактики, психотерапии и реабилитации суицида.</p>		
<p>показатель суицидального риска (ПСР)  - сенсомоторные реакции  - степень фиксации внимания  - степень различия средних временных показателей переработки нейтральной информации и информации суицидального характера</p>	<p>Зотов М., Петрукевич В.М., В. Сысоев В.Н  Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»: Методическое руководство.- СПб: Иматон, 2003.- 17 с.</p>	<p>Объективный личностный тест.  Компьютерная программа института практической психологии «Иматон»  info@imaton.com</p>
<p><b>Г. А. Мюррей ТАТ. Тематический апперцептивный тест (4 фотографии)</b>  <b>Цель:</b> Исследование движущих сил личности - внутренних конфликтов, влечений, интересов и мотивов.</p>		
<p>- Ведущие мотивы, отношения, ценности. Аффективные конфликты и их сферы.  - Способы разрешения конфликтов (позиции, механизмы защиты).  Индивидуальные особенности аффективной жизни личности.  - Самооценка.  Фотографии (4) выявляют депрессивные и суицидальные тенденции, подозрительность и скрытую агрессивность, вплоть до паранойи.  Отношение к смерти близких, собственные страхи смерти, депрессивные тенденции.</p>	<p>Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное. М.: Смысл, 2000. – 254 с.</p>	<p>Проективная методика ТАТ разработана в Гарвардской психологической клинике в 1935г.  Первичное допущение состоит в том, что завершая или структурируя незавершенную или неструктурированную ситуацию, индивид проявляет в этом свои стремления, диспозиции и конфликты. Следующие 5 допущений связаны с определением наиболее диагностически информативных рассказов или их фрагментов.</p>
<p><b>3. Королева «Ваши суицидальные наклонности»</b>  <b>Цель:</b> определение суицидальных наклонностей субъекта</p>		
<p>- актуальное настроение  - саморегуляция  - суицидальные мысли  - степень чувствительности</p>	<p>3. Королева  Познай себя. 100 графических тестов. - М.: «ЭКСМО-ПРЕСС», 2002. – С. 155.</p>	<p>Проективная методика</p>

Показатели диагностики	Источник	История создания
<ul style="list-style-type: none"> <li>- манипулирование суицидальными мыслями</li> <li>- подсознательное</li> </ul>		
<p><b>Л.Б. Шнейдер</b> Графический тест «Ваши мысли о смерти» Цель: Прояснение отношения к смерти, глубинных мыслей</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- присутствие-отсутствие страха смерти</li> <li>- интерес к смерти</li> <li>- пессимизм-оптимизм по отношению к смерти</li> <li>- философское отношение</li> </ul>	<p>Л.Б. Шнейдер Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академический Проект: Трикста, 2005.- С.190</p>	<p>Проективная методика</p>
<p><b>Джозеф М. Сакс и С. Леви</b> Метод незаконченных предложений <b>Цель:</b> оценка отношений к себе, семье, сверстникам, к взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- отношение к отцу</li> <li>- отношение к себе</li> <li>- нереализованные возможности</li> <li>- отношение к подчиненным</li> <li>- отношение к будущему</li> <li>- отношение к вышестоящим лицам</li> <li>- страхи и опасения</li> <li>- отношение к друзьям</li> <li>- отношение к своему прошлому</li> <li>- отношение к лицам противоположного пола</li> <li>- сексуальное отношение</li> <li>- отношение к семье</li> <li>- отношение к сотрудникам</li> <li>- отношение к матери</li> <li>- чувство вины</li> </ul>	<p>Проективная психология. Антология. М.,2010.- 416 с. ISBN 978-5-903182-56-5</p>	<p>Тест был разработан Джозефом М. Саксом и С. Леви в 1950 годах, относится к проективной диагностике, является вариацией техники словесных ассоциаций. Методика апробирована Г.Г. Румянцевым (1969), показавшим ее эффективность для проведения реабилитационных мероприятий. (вариант Saks–Sidney). Он состоит из 64 незаконченных предложений. Они разделяются на 16 групп по 4 предложения; каждая из этих групп соответствует определенной сфере отношений человека.</p>
<p><b>Луиза Дюсс</b> (адаптация М. Габрунер, В. Соколовская) <b>Эмоционально-личностный тест «Сказка «Похороны»</b></p>		

Показатели диагностики	Источник	История создания
<p><b>Цель:</b> выявление отношения ребенка к смерти, а также агрессивности и стремления к разрешению конфликтов смертью, возможности возникновения спонтанно эмоциональных явлений, которые обычно не проявляются в поведении ребенка, но в то же время действуют в нем.</p>		
<p>- отношение ребенка к смерти -агрессивности, разрушительности и тесно взаимосвязанному чувству вины и самобичеванию.</p>	<p>Завражин С.А., Жукова Н.В. Исследование отношения к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта// Вопросы психологии. – 2006, №2. – С. 58-67. Валиева С.В. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста. – СПб.: Речь, 2007. - 240 с.</p>	<p>Эмоционально-личностный тест «Сказка» разработан детским психологом, доктором Луизой Дюсс в 1940 году и переведен на английский язык Десперт. Методика, содержит ряд историй-сказок, направленных на выявление глубинных внутренних конфликтов у детей с 6 до 11 лет.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Метод анкетирования</b></p> <p><b>Цель:</b> Получение дополнительной психологической информации, а также вспомогательных социологических и демографических данных о ребенке.</p>		
<p>Социологические данные</p>	<p>Рамендик Д.М. Общая психология и психологический практикум. – М.: Форум, 2009. – 304 с.</p>	<p>Основоположником метода анкетирования в психологическом исследовании считают Ф. Гальтона, который в своём исследовании влияния наследственности и среды на уровень интеллектуальных достижений при помощи анкеты опросил сотню крупнейших британских учёных.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Л.Б. Шнейдер</b> <b>Диагностическая анкета критических ситуаций подростков</b> Цель: Определение сфер возникновения критических ситуаций у подростков.</p>		
<p>- удаленность критической ситуации в психологическое прошлое подростка и ее ожидание в будущем. - субдепрессивные состояния, состояния фобического круга, состояния нервно-психического напряжения - ситуационные реакции - трудно вербализуемые проблемы и переживаний подростков</p>	<p>Шнейдер Л.Б. Кризисное состояние у детей и подростков: направления работы школьного психолога// Школьный психолог, 2009. - № 21. – С. 64.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>И.Н. Лаврикова</b> <b>Анкета изучения отношения подростков к смерти</b> Цель: анализа представлений о смерти</p>		

Показатели диагностики	Источник	История создания
<ul style="list-style-type: none"> <li>- смысл смерти</li> <li>- оценка смерти - значение своей смерти</li> <li>- мотивация смерти</li> </ul>	<p>Лаврикова Н.Н. Молодежь: отношение к смерти// Социологические исследования. – № 4, 2001. - С. 134-135</p>	<p>Лавриковой Н.Н. показалось интересным выяснить, как современная молодежь, «фильтруя» воздействие общества, относится к смерти (1997). Был проведен социологический опрос, и выявлено, что отношение к смерти - верный индикатор отношения к жизни как конкретно-единичного человека, так и общества в целом. Опрос проводился по тестам У. Шибла, опубликованным в сборнике И. Т. Фролова.</p>
<p><b>Метод самоотчета</b>  <b>Цель:</b> более или менее полно выявить: отношение испытуемого к самому себе в различных жизненных сферах; чувства и мысли, относительно тех или иных событий или обстоятельств в жизни испытуемого; поведенческих проявлений; взаимоотношений с другими людьми.</p>		
<p>Количественные показатели в тестах-самоотчетах рассчитываются по частоте встречаемости ответов определенного типа.</p>	<p>Самоотчет представляет собой словесный или письменный отчет о результатах самонаблюдений, описание самого себя в относительной целостности психических проявлений.  Метод самоотчета непосредственно вытекает из метода интроспекции (самонаблюдения),</p>	
<p><b>Л.Б. Шнейдер</b> Методика «Карта риска суицида»  <b>Цель:</b> Определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- биографические данные;</li> <li>- актуальная конфликтная ситуация</li> <li>- характеристики личности</li> </ul>	<p>Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: Методические рекомендации / Бадьина Н.П., ГАОУ ДПО ИРОСТ. – Курган, 2011. – С. 57-59.</p>	<p>Модификация взрослой карты для подростков осуществлена Л.Б. Шнейдер</p>
<p><b>А.Т. Бек</b> Шкала суицидальной интенции  <b>Цель:</b> оценка риска суицидального поведения</p>		



Показатели диагностики	Источник	История создания
<p>Учет и оценка: объективных обстоятельств, имеющих отношение к суицидальной попытке (выбор времени, предосторожности против раскрытия, степень запланированности и т.д); данные, полученные при самоотчете исследуемого (объяснение цели попытки, вероятность смерти; серьезность попытки, позиция в отношении жизнь/смерть, концепция медицинского спасения; степень готовности к совершению и т.д.)</p>	<p>Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – С. 34</p>	<p>В 1990-х гг. в Пенсильванском университете А. Бек и Г. Браун инициировали разработку специального протокола лечения, направленного на суицидальное поведение. Было введено понятие суицидального кризиса, который рассматривался как центральная и первичная проблема, а не просто, как симптом психического расстройства. Безнадежность была определена важнейшей мишенью в предотвращении смертельного исхода.</p>
<p><b>Метод психодиагностической беседы</b>  <b>Цель:</b> получение конкретных сведений, фактов по изучаемому, обсуждаемому вопросу.</p>		
<p><b>как метод исследования:</b> разговор, во время которого задающий вопросы делает вывод об изучаемом предмете по речевым, поведенческим и другим реакциям респондента;  <b>как метод диагностики</b> разговор в форме интервью, задающий вопросы получает информацию общего содержания, которая направлена на изучение свойств личности, характера человека, выяснение его интересов и склонностей, отношения к определенным людям и т.п.</p>	<p>Горбунова В.В. Экспериментальная психология в схемах и таблицах. – Ростов н/д.: Феникс, 2005.- с. 52</p>	<p>Организуется с целью выяснения индивидуальных особенностей личности - мотивационной и эмоциональной сфер, знаний, убеждений, интересов, отношения к среде, коллективу и пр.</p>
<p><b>Юрьева Л С. Скрининг-тест для выявления суицидального поведения</b>  <b>Цель:</b> выявление суицидального поведения</p>		

Показатели диагностики	Источник	История создания
<ul style="list-style-type: none"> <li>- текущие мысли о суициде.</li> <li>- планы или отношения пациента к суициду.</li> <li>- предыдущие эпизоды суицидальных мыслей.</li> <li>- альтернативы суициду</li> </ul>	<p>Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 415</p>	<p>Термин «скрининг» происходит от английского «screen», что значит «отбирать» или «сортировать».</p> <p>В психологии используются с середины XX века. Скрининговое исследование проводится с целью выявления предрасположенности.</p>
<p><b>Беседа для оценки риска суицида</b> Цель: социально-психологическое уточнение и расширение информации для оценки риска суицида</p>		
<p>Оценка отдельных факторов суицидального риска, как средовых, так и внутренних, слагающих целостную поведенческую картину</p>	<p>Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: Методические рекомендации / Бадьина Н.П., ГАОУ ДПО ИРОСТ. – Курган, 2011. – С. 104-105.</p>	<p>Из опыта практической работы (профилактика)</p>
<p><b>Д.С. Исаев Медицинская схема обследования суицидента</b> Цель: определение социально-медицинских индикаторов суицидального поведения</p>		
<p>Анамнестические данные Характерологические особенности Психическое состояние</p>	<p>Исаев Д. С. Шерстнёв К.В. Психология суицидального поведения. Методические рекомендации для студентов по спецкурсу. - Самара, 2000. – С. 65.</p>	<p>Из опыта практической работы (профилактика)</p>

## Примерный график работы педагога-психолога общеобразовательной организации

Нормативная занятость педагога-психолога в неделю составляет 36ч./нед.: при этом норма педагогической нагрузки подразделяется на 18ч./нед. непосредственно коррекционной, развивающей, профилактической и просветительской работы непосредственно с обучающимися, родителями и педагогами; 18ч./нед. - обработка результатов исследований и тестирований, подготовка к коррекционно-развивающим и развивающим занятиям, просветительским и профилактическим акциям, участие в заседаниях методических объединений, самообразование.

Предлагаем к использованию примерный график еженедельной занятости педагога-психолога

№ п/п	Наименование вида деятельности	Примерное кол-во часов в неделю
<b>педагогическая деятельность осуществляется в образовательной организации и представляет собой непосредственную работу педагога-психолога с участниками образовательного процесса</b>		
1	Осуществление диагностики познавательной и эмоционально-волевой сфер личности обучающихся, уровня сформированности коммуникативных навыков	4ч. в нед.
2	Консультативная помощь участникам образовательного процесса (обучающиеся, родители, педагоги)	2ч. в нед.
3	Участие в профилактических и просветительских акциях	2ч. в нед.
4	Проведение индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих и развивающих занятий с обучающимися, испытывающими образовательные трудности, детьми-инвалидами и обучающимися «группы риска»	10ч. в нед.
<b>педагогическая деятельность может осуществляться за пределами образовательной организации</b>		
5	обработка результатов исследований и тестирований, подготовка к коррекционно-развивающим и развивающим занятиям, просветительским и профилактическим акциям, участие в заседаниях методических объединений, самообразование, участие в заседаниях КДН и ЗП, посещение обучающихся на дому и пр.	18ч./нед.

**Педагог-психолог в соответствии с занимаемой штатной должностью должен быть включен в следующие советы и консилиумы школы:**

№ п/п	Наименование совета, консилиума	Режим занятости
1	Совет профилактики правонарушений, безнадзорности и беспризорности образовательной организации	заседания не реже 1 раза в 2 месяца, по мере необходимости
2	Психолого-педагогический консилиум образовательной организации	заседания не реже 1 раза в 2 месяца, по мере необходимости

## Примерный график работы социального педагога общеобразовательной организации

Нормативная занятость социального педагога в неделю составляет 36ч./нед.: при этом норма педагогической нагрузки подразделяется на 18ч./нед. непосредственно коррекционной, развивающей, профилактической и просветительской работы непосредственно с обучающимися, родителями и педагогами; 18ч./нед. - обработка результатов исследований и тестирований,

подготовка к коррекционно-развивающим и развивающим занятиям, просветительским и профилактическим акциям, участие в заседаниях методических объединений, самообразование.

Предлагаем к использованию примерный график еженедельной занятости социального педагога образовательной организации:

№ п/п	Наименование вида деятельности	Примерное кол-во часов в неделю
<b>педагогическая деятельность осуществляется в образовательной организации и представляет собой непосредственную работу социального педагога с участниками образовательного процесса</b>		
1	Осуществление диагностики микросоциального окружения обучающегося, особенностей детско-родительских взаимоотношений, коммуникации со сверстниками, проведение социометрии классов	4ч. в нед.
2	Консультативная помощь участникам образовательного процесса (обучающиеся, родители, педагоги)	2ч. в нед.
3	Участие в профилактических и просветительских акциях	4ч. в нед.
4	Проведение индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих и развивающих занятий с обучающимися, испытывающими образовательные трудности, детьми-инвалидами и обучающимися «группы риска»	6ч. в нед.
5	Оказание мер социальной поддержки «социально-уязвимым» семьям и обучающимся «группы риска», контроль за организацией питания, оказанием материальной помощи	2ч. в нед.
<b>Педагогическая деятельность может осуществляться за пределами образовательной организации</b>		
5	обработка результатов исследований и анкетирований, подготовка просветительским и профилактическим акциям, участие в заседаниях методических объединений, самообразование, участие в заседаниях КДН и ЗП, посещение обучающихся и семей «группы риска» на дому и пр.	18ч./нед.

**Социальный педагог в соответствии с занимаемой штатной должностью должен быть включен в следующие советы и консилиумы школы:**

№ п/п	Наименование совета, консилиума	Режим занятости
1	Совет профилактики правонарушений, безнадзорности и беспризорности образовательной организации	заседания не реже 1 раза в 2 месяца, по мере необходимости
2	Психолого-педагогический консилиум образовательной организации	заседания не реже 1 раза в 2 месяца, по мере необходимости

### **Примерный годовой план диагностической работы, осуществляемой педагогом-психологом и социальным педагогом в образовательной организации**

В каждой образовательной организации, с целью осуществления своевременного выявления обучающихся, нуждающихся в психолого-педагогическом и социально-педагогическом сопровождении целесообразно выделять 3 основных этапа деятельности специалистов:

№ п/п	Наименование этапа	Наименование деятельности	период
1	Диагностический этап	На данном этапе осуществляется активное взаимодействие педагога-психолога, социального	сентябрь

№ п/п	Наименование этапа	Наименование деятельности	период
		<p>педагога с классными руководителями. Классные руководители на основании рекомендаций специалистов осуществляют анкетирование классных коллективов и в срок до 01.10.текущего учебного года сдают для анализа и выявления «группы риска» аналитические отчеты социальному педагогу и педагогу-психологу. Педагог-психолог и социальный педагог приступают к изучению обучающихся (1,5, 10 классов)- вопросы адаптации, учебные трудности, ОВЗ, «дети из социально-уязвимых семей», «группы риска». К концу этапа должны быть сформированы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ группы обучающихся, нуждающихся в психолого-педагогическом и социально-педагогическом сопровождении (подразделяются по степени потребности в коррекционно-развивающем и развивающем сопровождении и разделены на 3 подгруппы: неотложные- «октябрь-ноябрь», отсроченные - «декабрь-январь» и отдаленные (февраль-март)). Минимальный объем занятий, который необходимо выдать в каждой из групп обучающихся – не менее 10 занятий, с последующим динамическим наблюдением педагога-психолога и социального педагога и контроля со стороны классного руководителя и учителей-предметников;</li> <li>✓ осуществляется психолого-педагогическое и социально-педагогическое сопровождение процесса сбора добровольных информационных согласий от родителей (законных представителей) и обучающихся для прохождения социально-психологического тестирования, врачебных осмотров, проведения коррекционно-развивающей и развивающей работы с обучающимися контингента школы.</li> </ul>	текущего учебного года
2	Основной этап	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На данном этапе осуществляется непосредственное коррекционно-развивающее и развивающее обучение несовершеннолетних, разделенных по степени потребности: неотложные, отсроченные и отдаленные (октябрь-март текущего учебного года).</li> <li>2. Осуществляется психолого-педагогическое и социально-педагогическое сопровождение процесса прохождения обучающимися социально-психологического тестирования и врачебных осмотров.</li> <li>3. Осуществляется тестирование обучающихся 9 и 11 классов с целью осуществления психологической подготовки к сдаче ГИА – 9 и ГИА – 11 (апрель текущего учебного года).</li> <li>4. Осуществляется предпрофильное профориентационное тестирование обучающихся 8-9 классов с целью формирования профильных классов и выдачи рекомендаций для обучающихся, планирующих поступать в профессиональные образовательные организации (апрель текущего учебного года)</li> </ol>	октябрь-апрель текущего учебного года

№ п/п	Наименование этапа	Наименование деятельности	период
3	Аналитический этап	На данном этапе осуществляется динамическая диагностика педагогом-психологом и социальным педагогом обучающихся по окончании циклов коррекционно-развивающего обучения, формируются группы обучающихся для продолжения психолого-педагогического и социального-педагогического сопровождения, формируется план занятости обучающихся «группы риска» на летний период, план оздоровления. Осуществляется анализ результатов СПТ в ОО с целью корректировки планов профилактической работы на следующий учебный год	май текущего учебного года

**Учитывая ограниченный кадровый ресурс по педагогам-психологам и социальным педагогам в образовательных организациях общего образования приоритетной формой работы с обучающимися является групповая работа, с количеством обучающихся в группе не менее 8-12чел. с одним типом нарушений.**

При организации просветительской, профилактической, коррекционно-развивающей работы с обучающимися необходимо наличие обязательного информированного согласия родителей на работу педагога-психолога и социального педагога с обучающимся (**приоритетным является наличие в договоре на оказание образовательных услуг, заключенном между родителями и администрацией школы пункта о привлечении к работе с несовершеннолетним педагога-психолога и социального педагога школы**).

В образовательной организации должны храниться все протоколы и материалы коррекционно-развивающего обучения несовершеннолетних, охваченных психолого-педагогической и социально-педагогической помощью.