**Работа психологической службы по проблеме суицидальных явлений в детско-подростковой среде**

Суицид является второй после несчастных случаев причиной смерти у молодых людей в возрасте от 15 до 20 лет - мысли о самоубийстве возникают у каждого пятого подростка. По прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет быстрее расти у подростков в возрасте от 10 до 14 лет. Возраст пубертата представляет собой период особой концентрации конфликтов, зачастую приводящих к поведенческим отклонениям, включая аутоагрессию.

Причинами, ведущие к суицидальному срыву подростка, являются негативные феномены, порожденные нарушениями в семейной сфере - дисгармоническое воспитание, алкоголизм родителей и проблемами в школьной жизни : школьная дезадаптация, неуспех в учебе, отвержение подростка в классе, конфликт с учителями, дидактогения и др. Педагогическая профилактика суицидальной активности будет эффективной, если реализуется следующий комплекс педагогических условий:

* в педагогическом процессе школы будет организована психолого-педагогическая работа, направленная на оказании помощи подросткам в осмыслении ими жизни как главной ценности и на активизацию самопознания учащихся путем организации их психологического просвещения;
* взаимодействие структур системы превенции будет направлено на позитивное изменение внешней среды кризисных подростков, способное повлечь за собой внутренние изменения их личности в сторону самоукрепления и самостабилизации, и им будет оказываться системная поддержка в развитии, включающая в себя диагностику и индивидуальную работу;
* будет организована работа, направленная на обогащение специальной компетентности педагогов, родителей, работников служб системы профилактики.

Ввиду недостаточной ясности причин, факторов, механизмов суицидального поведения и его несомненной взаимосвязи с другими видами девиантного поведения, возможно использование комплексных программ реабилитации и реадаптации для людей, относящихся к «группам риска развития суицидального поведения». Очевидно, что в таких программах нуждаются, прежде всего, самые уязвимые слои населения: дети, подростки.

В качестве примера можно привести программу под авторством Морозовой Н.В. и Овчинниковой М.Н., направленную, в конечном итоге, на профилактику суицидального поведения.

Морозова М.В и Овчинникова М.Н. пишут: «Создание комплексной медико-психологической службы, доступной основной массе детского населения страны - реальный шаг на пути оздоровления подрастающего поколения. Генеральная направленность деятельности службы - психогигиеническая - определяется характером поставленной задачи всемерно содействовать охране и укреплению психического здоровья детей и подростков. Отличительной особенностью работы службы является трехдисциплинарный подход: психолого-педагогический, медицинский, социальный, то есть работа осуществляется совместными усилиями специалистов различного профиля: психологами, медицинскими и социальными работниками в тесном контакте с педагогическим коллективом учебного заведения и родителями»

Можно выделить два основных направления работы:

1. Оптимизация условий обучения и воспитания, способствующих полноценному развитию личности ребенка посредством воздействия на основные сферы межличностного взаимодействия учащихся (в первую очередь, семью, учебную группу - класс и педагогический коллектив) с целью оказания психолого-педагогической и социальной поддержки в плане предотвращения, устранения или ограничения негативных влияний ближайшего окружения на личность ребенка, процесс его развития;
2. Предупреждение, ранняя диагностика и коррекция нервно-психических расстройств, психосоматических заболеваний, аномалий психического и личностного развития учащихся.

Основная деятельность по этой программе – психопрофилактическая. Главная цель данного направления состоит в устранении факторов, оказывающих патогенное влияние на психику ребенка, и использовании факторов, обладающих положительным, саногенным воздействием.

Это, в первую очередь, оздоровление психосоциальной среды развития ребенка, то есть работа с родителями, педагогами.

Кроме этого, оказывается разносторонняя специализированная помощь родителям - в плане коррекции воспитательских установок, нарушений в семейном общении: педагогам - относительно проблем профессионального, личностного порядка, предупреждения психоэмоциональных перегрузок. Особо следует выделить программы работы с так называемыми «проблемными», то есть социально неблагополучными семьями.

Для детей и подростков проводятся групповые социотренинги, направленные на снятие синдрома тревожности, агрессивности, затруднений в общении, коррекции неадекватной самооценки, низкого социального статуса и других нарушений взаимоотношений со старшими, сверстниками. Эти программы, в сочетании с индивидуализированными программами аутотренинга, аутогенных тренировок, суггестивных программ по преодолению дурных привычек, коррекции негативных социальных установок, призваны внести весомый вклад в дело профилактики трудновоспитуемости, девиантного поведения, поскольку хорошо известно, что генезис отклоняющихся форм поведения тесно взаимосвязан с процессом деформации социальных связей и отчуждения детей, подростков от основных институтов социализации, и потому одной из важнейших задач психолого-педагогичесгой поддержки является преодоление этого отчуждения, включение подростка в систему общественно значимых отношений, благодаря чему он сможет успешно усваивать позитивный социальный опыт.

Основой для решения психопрофилактических задач является своевременное выявление нервно-психических, психосоматических нарушений, дефектов интеллектуального и личностного развития школьников с помощью диагностики .

Одним из важных факторов суицидального поведения является депрессия. Распространенность депрессии у подростков составляет 4-6%, девушки страдают несколько чаще. Диагностические критерии депрессии у подростков включают изменение настроения и отношений с окружающими, умственной работоспособности и физического состояния. Опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck A.T. et al., 1961), позволяющий дифференцировано оценить различные компоненты депрессивного состояния. Опросник включает 21 категорию симптомов, каждая оценивается по 3- балльной шкале в соответствии с нарастающей тяжестью симптома.

Для решения задач оценки суицидального риска иногда применяются традиционные личностные опросники: методики диагностики степени эмоциональной стабильности и нестабильности личности Айзенка (1965), личностный опросник Айзенка, адаптированный для обследования детей, начиная с 7-летнего возраста, содержит 60 вопросов, интерпретируемых по шкале экстра- и интроверсии, нейротизма и лжи.

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение человека. Опросник Дж. Тейлора (Teulor J., 1953) позволяет определить уровень врожденной личностно-конституциональной тревоги. Опросник был модифицирован Норакидзе В.Г., дополнен шкалой лжи. Состоит из 60 утверждений. По данным Агазаде (1989) высокий показатель по уровню тревожности уже является предрасполагающим фактором к формированию суицидального поведения (Агазаде Н.В., 1989).

Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) позволяет измерить степень эмоционально-личностных нарушений человека в текущий момент и спрогнозировать тенденцию изменения характера человека при переходе этих нарушений в хроническую стадию, т.е. спрогнозировать патологии характера (тенденции в развитии личности, которые происходят при перерастании временной дезадаптации в хроническую).

Оценка суицидального риска может проводиться измерением склонности подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.

Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (Орел А.Н., 1999) является стандартизированным тест-опросником. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение склонности к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения.

Методика включает следующие наборы шкал: 1) шкала установки на социально-желательные ответы; 2) шкала склонности к преодолению норм и правил; 3) шкала склонности к аддиктивному поведению; 4) шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению;5) шкала склонности к агрессии и насилию; 6) шкала волевого контроля эмоциональных реакций;7) шкала склонности к деликвентному поведению.

Наиболее тесную корреляцию с суицидальным поведением имеют шкалы: 3 (шкала склонности к аддиктивному поведению), 4 (шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению), 6 (шкала волевого контроля эмоциональных реакций). Шкала склонности к аддиктивному поведению предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Высокие результаты по данной шкале свидетельствуют о предрасположенности испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения. Объект измерения очевидно частично пересекается с психологическими свойствами, измеряемыми шкалой № 3. Высокие результаты по шкале №4 свидетельствуют о низкой ценности собственной жизни, склонности к риску, выраженной потребности в острых ощущениях, о садомазохистских тенденциях. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Низкие показатели свидетельствует о слабости волевого контроля эмоциональной сферы, о нежелании или неспособности контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Кроме того, это свидетельствует о5 склонности реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении, без задержки, о несформированности волевого контроля своих потребностей и чувственных влечений.

С целью выявления и анализа мотивационных аспектов суицидального поведения используют методику противосуицидальной мотивации (Ю.Р.Вагин, 1998), позволяющую оценить сформированность противосуицидальной защиты. В тесте представлены девять основных противосуицидальных мотивационных комплексов: 1) провитальная мотивация (страх смерти); 2) религиозная мотивация; 3) этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми); 4) моральная мотивация (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения); 5) эстетическая мотивация; 6) нарциссическая мотивация (любовь к себе); 7) мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход); 8) мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему); 9) мотивация финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть).

Медицинская диагностика предполагает проведение общесоматического и психоневрологического обследования школьников с целью выявления среди них лиц с психоневрологическими, психосоматическими расстройствами, а также контингента группы риска развития подобного рода патологии.