

**АДМИНИСТРАЦИЯ ГУБЕРНАТОРА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ЗАЩИТЕ ИХ ПРАВ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

**ПРОФИЛАКТИКА  
СУИЦИДОВ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**

г. Чита  
2019

УДК 362.711

ББК 74.664.7

**Авторы и составители:**

Боярская И.А., Вазанова Т.А., Колчанова Т.Г., Космакова И.Э., Пасютина М.С.,  
Пляскина Н.А., Шibaева К.В.

**Рецензент:** *А.Г. Ванчикова*, к.м.н., заместитель председателя Правительства  
Забайкальского края по социальным вопросам, председатель комиссии по делам  
несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края.

**Профилактика суицидов и суицидального поведения несовершеннолетних /**  
Под общ. ред. к.п.н. З.Д. Поярковой. 2019. кол-во стр.117

Сборник информационно-методических материалов адресован широкому кругу специалистов, работающих с детьми, подростками, семьями, а также может быть полезен родителям и студентам, обучающимся по специальностям «педагогика», «психология», «социальная работа».

## СОДЕРЖАНИЕ

Порядок межведомственного взаимодействия специалистов в случае незавершенного суицида несовершеннолетнего с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка.....	4
Эпидемиология суицидального поведения в Забайкальском крае. Факторы суицидального риска. Маркеры суицидального поведения.....	12
Организация суицидологической помощи на территории Забайкальского края.....	14
Основные понятия о суицидальном поведении, детерминантах суицидального поведения.....	15
Типы суицидального поведения.....	23
Особенности суицидального поведения у детей и подростков.....	28
Клиническая картина депрессии.....	29
Диагностика суицидального поведения.....	30
Маркеры суицидальной готовности.....	31
Памятка для родителей об информационной безопасности детей.....	33
Особенности девиантного поведения несовершеннолетних.....	37
Кризисная работа с семьей.....	44
Памятка специалисту по работе с кризисными семьями.....	51
Основные принципы работы с неблагополучными семьями в организации профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Основы психологии семьи. Возрастная психология.....	52
Социально-педагогическая работа с семьей.....	56
Методики раннего выявления семейного неблагополучия.....	59
Содержание и особенности консультирования семей по вопросам внутрисемейных отношений, преодоления семейных конфликтов.....	63
Управление конфликтами.....	68
Психологическая подготовка к ЕГЭ и ОГЭ.....	73
Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению.....	78
Приложения.....	83

УТВЕРЖДАЮ»  
председатель комиссии  
по делам несовершеннолетних и защите их прав  
Забайкальского края  
А.Г. Ванчикова  
« 06 » августа 2019 года

**Порядок  
межведомственного взаимодействия специалистов в случае незавершенного суицида  
несовершеннолетнего с целью предупреждения рецидивного поведения и  
стабилизации психологического состояния ребенка**

**1. Общие положения**

1.1 Настоящий порядок межведомственного взаимодействия в случае незавершенного суицида несовершеннолетнего с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка (далее - порядок) разработан в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.06.1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и определяет функции участников межведомственного взаимодействия по вопросам организации реабилитационной и профилактической помощи детям в случае незавершенного суицида.

1.2 Целью межведомственного взаимодействия является профилактика рецидивного поведения и оказание комплексной социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним в случае незавершенного суицида.

1.3 Задачи межведомственного взаимодействия:

- профилактика рецидивного суицидального поведения у несовершеннолетних; мотивирование родителей (законных представителей) на защиту интересов ребенка, направление детей и родителей в организации и учреждения для получения комплексной социально-реабилитационной помощи;
- разработка и выполнение плана совместных действий специалистов по проведению индивидуальной социально-реабилитационной работы с детьми-суицидентами, их семьями, социальным окружением;
- организация обмена информацией о несовершеннолетнем в случае незавершенного суицида и выполнения плана индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом, его семьей и социальным окружением.

1.4 Субъекты межведомственного взаимодействия.

Участниками межведомственного взаимодействия по оказанию помощи несовершеннолетним в случае незавершенного суицида (далее - субъекты межведомственного взаимодействия) являются органы, организации и учреждения, организующие оказание социально-реабилитационную помощь несовершеннолетним на основании положений Федерального закона от 24.06.1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»:

- Министерство здравоохранения Забайкальского края;
- государственные учреждения здравоохранения;
- Краевая комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края;

- районные (городские) и районные в городах комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (далее - муниципальные комиссии);
- Уполномоченный по правам ребенка в Забайкальском крае;
- Министерство образования, науки и молодежной политики забайкальского края;
- Министерство труда и социальной защиты населения забайкальского края; в порядке рабочего взаимодействия по согласованию:
  - учреждения социального обслуживания населения подведомственные министерству труда и социальной защиты населения Забайкальского края;
  - органы опеки и попечительства при администрациях муниципальных образований;
  - органы местного самоуправления, осуществляющие управление образованием;
  - государственные и муниципальные образовательные организации;
  - иные органы, организации и учреждения, участвующие в процессе оказания помощи несовершеннолетним в случае попытки суицида.

Взаимодействие субъектов осуществляется путем обмена информацией, осуществления совместных мероприятий, участия в совещаниях и работе антикризисных групп из специалистов сферы антикризисной помощи семье и детям в трудной жизненной ситуации.

## **2. Порядок межведомственного взаимодействия**

### **2.1 Учреждения здравоохранения Забайкальского края:**

в случае поступления несовершеннолетнего с попыткой суицида или получения информации о факте суицида несовершеннолетнего обеспечивают оказание необходимой медицинской помощи, а также:

- 1) предоставляют в Кризисную службу ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» (далее - Кризисная служба) «Специальное извещение о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью», в течение 24 часов с момента первичного обращения в медицинское учреждение суицидента;
- 2) обеспечивают медицинское освидетельствование врачом-психиатром в кратчайшие сроки всех лиц после незавершенной суицидальной попытки в добровольном порядке, либо в соответствии с пунктом 1, статьи 24 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 15 марта 2017 года № 260 «Об информационном взаимодействии при оказании помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»;
- 3) рекомендуют законным представителям ребенка - суицидента получить психолого-реабилитационную помощь с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка;
- 4) при положительном решении о психологической реабилитации ребенка получают письменное согласие родителей (законных представителей) или самого суицидента в возрасте от 15 лет и старше по форме согласно приложению № 2;
- 5) в случае получения письменного согласия родителей (законных представителей), или самого несовершеннолетнего (15 и старше лет) о дальнейшей социально-психологической реабилитации, после выписки из ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» направляют рекомендации по социально-реабилитационной работе в комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав;

б) направляют информацию о выявленном случае незавершённого суицида несовершеннолетнего согласно Приказа прокуратуры Забайкальского края, управления министерства внутренних дел Российской Федерации по Забайкальскому краю, следственного управления следственного комитета Российской Федерации по Забайкальскому краю, Министерства здравоохранения Забайкальского края, Министерства образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, Министерства труда и социальной защиты Забайкальского края №41/679/68/3450/664/454 от 24 июля 2013 года «О выявлении фактов и порядке направления и разрешения информации об обстоятельствах, свидетельствующих о жестоком обращении с несовершеннолетними со стороны родителей и лиц, на которых возложены обязанности по их воспитанию».

## **2.2 Министерство здравоохранения Забайкальского края:**

1) обеспечивает взаимодействие с Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, Министерством труда и социальной защиты населения Забайкальского края, Уполномоченным по правам ребенка в Забайкальском крае, Краевой комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края по каждому случаю поступления информации о суицидах среди детей с учётом положений Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» в целях обеспечения мер психолого-педагогического реагирования и социальной поддержки;

2) проводит ежеквартальный анализ ситуации по суицидам среди несовершеннолетних;

3) направляет материалы анализа в Министерство образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края, Уполномоченному по правам ребенка в Забайкальском крае, Краевую комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края для принятия оперативных мер по устранению причин и предупреждению повторных суицидов;

4) обеспечивает в рамках своих функций реализацию реабилитационных мер, направленных на предупреждение рецидивного поведения и стабилизацию психологического состояния ребенка.

## **2.3 Уполномоченный по правам ребенка в Забайкальском крае:**

1) содействует взаимодействию Краевой комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края, Министерства здравоохранения Забайкальского края, Министерства труда и социальной защиты Забайкальского края, Министерства образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, муниципальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, по каждому случаю поступления информации о попытке суицида несовершеннолетнего с учетом положений Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Закона Забайкальского края от 31 октября 2013 года № 876-ЗЗК «Об уполномоченном по правам ребенка в Забайкальском крае»;

2) осуществляет мониторинг реализации мер реабилитации ребенка-суицидента, его семьи и социального окружения в соответствии с планом индивидуальной психолого-реабилитационной работы;

3) в случае необходимости участвует в работе межведомственной антикризисной группы по организации социально- реабилитационной работы с ребенком-суицидентом.

#### **2.4 Министерство труда и социальной защиты населения Забайкальского края:**

1) обеспечивает взаимодействие с Министерством здравоохранения Забайкальского края, Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, Уполномоченным по правам ребенка в Забайкальском крае, Краевой комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края по каждому случаю поступления информации о суицидах среди детей;

2) обеспечивает в рамках своих функций реализацию реабилитационных мер, направленных на предупреждение рецидивного поведения и стабилизацию психологического состояния ребенка.

3) назначает специалистов учреждений социального обслуживания населения в муниципальных образованиях Забайкальского края, ответственных за взаимодействие с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав и другими субъектами системы профилактики по вопросам:

– своевременного обмена информацией по сигналам о попытках суицида несовершеннолетних;

– постановки на учет данных детей и их семей в учреждениях социального обслуживания населения в муниципальных образованиях Забайкальского края, и организации с ними реабилитационной работы;

– ежеквартального мониторинга проводимой работы с вышеуказанной категорией несовершеннолетних;

– предоставления информации о проведенной социально-реабилитационной работе с несовершеннолетним, совершившим попытку суицида, в муниципальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав.

4) обеспечивает в рамках своей компетенции реализацию реабилитационных мер, направленных на предупреждение рецидивного поведения и стабилизацию психологического состояния ребенка.

#### **2.5 Учреждения социального обслуживания населения в муниципальных образованиях Забайкальского края:**

1) участвуют в разработке и реализации плана индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением;

2) по завершении плана индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, семьей и социальным окружением, в 10-дневный срок формируют и направляют сводный отчет о реализации программы и результатах работы в муниципальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

#### **2.6 Муниципальные комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав:**

1) на территории муниципальных образований Забайкальского края обеспечивают взаимодействие с органами и организациями, участвующими в процессе оказания помощи несовершеннолетнему по каждому случаю поступления информации о совершенной попытке суицида;

2) создают межведомственные оперативные антикризисные группы;

3) информируют субъектов межведомственного взаимодействия в соответствии с утвержденным механизмом обмена информацией;

4) незамедлительно при поступлении информации о совершении попытки суицида, вероятности причинения вреда жизни и здоровью других лиц поручают межведомственной оперативной антикризисной группе разработать план индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением;

- 5) проводят анализ причин и условий, способствующих суицидальному поведению несовершеннолетних;
- 6) в случае необходимости обращаются в Краевую комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края с целью получения помощи в работе с конкретным случаем;
- 7) осуществляют координацию деятельности субъектов межведомственного взаимодействия по вопросам предупреждения суицидального поведения несовершеннолетних;
- 8) инициируют рассмотрение на заседаниях комиссии, рабочих групп вопросов эффективности профилактической работы, направленной на предупреждение суицидов (попыток суицидов) среди несовершеннолетних.

## **2.7 Краевая комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края:**

- 1) осуществляет координацию деятельности в вопросах предупреждения суицидального поведения несовершеннолетних;
- 2) на основе информации, поступившей из муниципальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав о фактах суицидального поведения несовершеннолетних, о результатах проведенной с ребенком, совершившим попытку суицида, социально-реабилитационной работы, проводит:
  - анализ причин и условий, способствующих суицидальному поведению несовершеннолетних,
  - анализ результатов индивидуальной социально-реабилитационной работы, проведенной с несовершеннолетним, его семьей и окружением;
- 3) рассматривает на заседаниях комиссии, рабочих групп вопросы эффективности профилактической работы, направленной на предупреждение фактов суицидов (попыток суицидов) среди несовершеннолетних;
- 4) информирует субъектов межведомственного взаимодействия в соответствии с утвержденным механизмом обмена информацией.

## **2.8 Министерство образования, науки и молодежной политики Забайкальского края:**

- 1) обеспечивает взаимодействие с Министерством здравоохранения Забайкальского края, Министерством труда и социальной защиты населения Забайкальского края, Уполномоченным по правам ребенка в Забайкальском крае, Краевой комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края по каждому случаю поступления информации о суицидах среди детей;
- 2) при поступлении информации о попытке суицида несовершеннолетнего в целях обеспечения мер психолого-педагогического реагирования и социальной поддержки:
  - в рамках своей компетенции обеспечивает реализацию реабилитационных мер, направленных на предупреждение рецидивного поведения и стабилизацию психологического состояния ребенка, его семью и социального окружения;
- 3) анализируют причины и условия совершения несовершеннолетним попытки суицида, разрабатывает комплекс мер по предупреждению фактов суицидов (попыток суицидов) среди несовершеннолетних.

## **2.9 Органы местного самоуправления, осуществляющие управление образованием:**



1) при поступлении информации о попытке суицида несовершеннолетнего в целях обеспечения мер психолого-педагогического реагирования и социальной поддержки:

– направляют специалиста для участия в работе межведомственной оперативной антикризисной группы по организации социально-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом;

– в рамках своей компетенции обеспечивают реализацию реабилитационных мер, направленных на, предупреждение рецидивного поведения и стабилизацию психологического состояния ребенка, его семьи и социального окружения;

2) анализируют причины и условия совершения несовершеннолетним попытки суицида, разрабатывают комплекс мер по предупреждению фактов попыток суицидов среди несовершеннолетних.

#### **2.10 Государственные и муниципальные образовательные организации:**

с целью предупреждения рецидивного поведения несовершеннолетнего, совершившего суицид:

– участвуют в разработке и реализации планов индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением;

– анализируют причины и условия совершения несовершеннолетним попытки суицида, разрабатывают комплекс мер по предупреждению фактов попыток суицидов среди несовершеннолетних.

### **Приложение № 1**

#### **О межведомственной оперативной антикризисной группе**

##### **1. Общие положения**

1.1 Межведомственная оперативная антикризисная группа создается постановлением муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав для координации деятельности субъектов межведомственного взаимодействия по вопросам предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния несовершеннолетнего, совершившего попытку суицида, с целью выявления и устранения причин попыток суицидов среди несовершеннолетних, оказания помощи с выдачей рекомендаций по работе с ребенком, семьей и социальным окружением.

1.2 Межведомственная оперативная антикризисная группа приступает к работе по поручению муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в связи с информацией о попытке суицида несовершеннолетнего

##### **2. Основные задачи межведомственной оперативной антикризисной группы**

2.1 Обеспечение взаимодействия органов, организаций и учреждений, организующих оказание психолого-реабилитационной помощи несовершеннолетним, совершившим попытку суицида в случаях, требующих принятия экстренных мер.

2.2 Анализ кризисной ситуации, выявление и установление причин попыток суицидов среди несовершеннолетних, оказания помощи с выдачей рекомендаций по работе с семьей.

2.3 Направление детей и родителей в организации и учреждения для получения комплексной социально-реабилитационной помощи.

2.4 Разработка и выполнение плана совместных действий специалистов по проведению индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом, его семьей, социальным окружением.

2.5 Организация обмена информацией о несовершеннолетних в случае незавершенного суицида и о ходе выполнения плана индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом, его семьей, социальным окружением.

### **3. Организация деятельности муниципальной межведомственной оперативной антикризисной группы**

3.1 Руководителем межведомственной оперативной антикризисной группы является председатель муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав или лицо его замещающее.

3.2 В состав межведомственной оперативной антикризисной группы входят: представители учреждений здравоохранения (врач-психиатр и/или медицинский психолог, социальный работник и специалист по социальной работе учреждений здравоохранения), социального обслуживания населения, образования, органов опеки и попечительства при администрациях муниципальных образований и иных органов.

3.3 Заседания межведомственной оперативной антикризисной группы проводятся по решению муниципальных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав в ситуациях, требующих принятия экстренных мер.

3.4 При получении поручения муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в связи с попыткой суицида межведомственная оперативная антикризисная группа выезжает по месту фактического пребывания ребенка-суицидента или по месту совершения попытки суицида для оказания помощи, изучения ситуации и получения согласия родителей (иных законных представителей), а также несовершеннолетних старше 15 лет, на проведение с ними индивидуальной социально-реабилитационной работы.

3.5 Межведомственная оперативная антикризисная группа разрабатывает план индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением на основании соответствующего постановления муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

### **4. Компетенции межведомственной оперативной антикризисной группы**

4.1 При получении поручения муниципальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в связи с информацией о попытке суицида выезжает по месту фактического пребывания несовершеннолетнего или по месту совершения попытки суицида несовершеннолетним для оказания помощи ребенку, его семье и социальному окружению.

4.2 Всесторонне изучает и анализирует причины и условия суицидального поведения несовершеннолетнего.

4.3 Разрабатывает план индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением с указанием конкретных мер, сроков оказания помощи, определением лиц, ответственных за проведение реабилитационных мероприятий.

4.4 Привлекает на основе коллегиального решения для выполнения плана индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком других специалистов.

4.5 Направляет отчет о реализации мероприятий плана социально-реабилитационной работы с ребенком, его семьей и социальным окружением и её

результатах в муниципальные учреждения социального обслуживания населения и муниципальную комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав.

## 5. Права межведомственной оперативной антикризисной группы

5.1 Заслушивать руководителей и должностных лиц органов, организаций и учреждений, организующих оказание социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним, совершившим попытку суицида.

5.2 Запрашивать у учреждений и органов системы профилактики, у организаций и учреждений, организующих оказание социально-реабилитационной помощи несовершеннолетним, совершившим попытку суицида, информацию, необходимую для работы.

5.3 Привлекать в качестве консультантов краевых специалистов системы профилактики.

### Приложение № 2 Форма 1

#### РАСПИСКА

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.), законный представитель несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего)

даю (не даю) согласие на проведение с моим ребенком дальнейшей индивидуальной социально-реабилитационной работы, на передачу рекомендаций в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав.

\_\_\_\_\_ (дата, подпись)

### Форма 2

#### РАСПИСКА

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего 15 и старше лет, дата рождения)

даю (не даю) согласие на проведение со мной дальнейшей индивидуальной социально-реабилитационной работы, на передачу рекомендаций в комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав.

\_\_\_\_\_ (дата, подпись)

## Эпидемиология суицидального поведения в Забайкальском крае

*Колчанова Т.Г., заведующая отделением «телефон доверия» ГКУЗ «ККББ им. В.Х. Кандинского», главный психотерапевт-суицидолог  
Министерства здравоохранения Забайкальского края*

Забайкальский край — субъект Российской Федерации, входит в состав Дальневосточного федерального округа. В рамках муниципального устройства в крае образованы 410 муниципальных образований: 4 городских округа и 31 муниципальный район, последние из которых включают 45 городских поселений и 330 сельских поселений.

Площадь — 431,9 тыс. кв.км. Протяженность с запада на восток — 1000 км и с севера на юг — 900 км. Территориальная особенность — большая отдаленность населенных пунктов районов края от краевого центра. Труднодоступность части населенных пунктов (отсутствие путей сообщения, сезонное ограничение передвижения транспорта). Остаются поселения, в которых отсутствует сотовая связь.

Население — 1 072 806 человек (данные 2018 г.) Плотность населения низкая — 2,48 чел. на 1 кв.км. Доля городского населения — 68,22%. Основная часть населения проживает в южных и центральных районах края, северные районы заселены слабо.

Социально-демографическая ситуация в Забайкальском крае неблагоприятна. Численность населения края снижается, в связи с активной миграцией трудоспособного населения и роста смертности, особенно в трудоспособных возрастах. Ситуация в регионе осложняется давно начавшимся процессом старения населения. Городская культура в Забайкалье развита слабо из-за периферийности и слаборазвитой сети городов, недостаточной величины и развитости краевого центра. Кадровый дефицит в системе здравоохранения в некоторых районах дефицит достигает 87%. В 53 селах отсутствуют медицинские работники.

Исторически Забайкальский край (ранее — Читинская область) отличалась высокими показателями смертности населения по причине самоубийств. Начиная с 1993 года, край входит в группу субъектов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств.

В последнее десятилетие отмечается снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья. Так, если в 2007 году показатель самоубийств составлял 80,0 на 100 тыс. нас., то в 2018 году — 32,3 на 100 тыс. нас. (уменьшение на 59,6%).

в 2014 году — 47,7 на 100 тыс. населения (519 человек),

в 2015 году — 50,1 на 100 тыс. населения (544 человека),

в 2016 году — 38,9 на 100 тыс. населения (424 человека),

в 2017 году — 39,9 на 100 тыс. населения (423 человек),

в 2018 году — 32,3 на 100 тыс. населения (348 человек), по сравнению с 2017 годом снижение на 19,1%.

При этом частота завершенных суицидов в Забайкальском крае в 2,7 раз выше среднероссийской и в 1,6 раз выше, чем в Дальневосточном Федеральном округе.

Весьма актуальной проблемой в крае является суицидальное поведение несовершеннолетних.

Дети:

в 2014 году — 2,7 на 100 тыс. населения (6 детей),

в 2015 году — 2,2 на 100 тыс. населения (5 детей),

в 2016 году — 3 на 100 тыс. населения (7 детей),

в 2017 году — 0,86 на 100 тыс. населения (2 детей),

в 2018 году — 1,72 на 100 тыс. населения (4 детей).

Забайкальский край входит в группу регионов с высоким уровнем смертности от самоубийств среди подростков.

Подростки:

в 2014 году – 48,2 на 100 тыс. населения,

в 2015 году – 46,3 на 100 тыс. населения,

в 2016 году – 40,5 на 100 тыс. населения,

в 2017 году – 41,1 на 100 тыс. населения,

в 2018 году – 32,9 на 100 тыс. населения.

В 2014-2018 годах в Забайкальском крае среди несовершеннолетних «мужских» самоубийств было 66,8%, «женских» – 33,2%; соотношение 2:1.

Способы самоубийств в 90,4% представлены самоповешением, в 2,9% огнестрельным ранением, в 2,9% падением с высоты, в 2,9% отравлением, в 0,9% падением под транспорт.

Отмечается существенная разница между показателями смертности по причине самоубийств среди городского (14,4%) и сельского (85,6%) населения Забайкалья; соотношение 1:5,9.

Проанализированы факторы суицидального риска и мотивы совершения суицида у несовершеннолетних.

Микросоциальные факторы:

особенности семейного статуса ребенка (проживал в неполной семье, с опекуном, с отчимом, сирота) – 57,7%;

нахождение на учете в КДН, ПДН – 12,5%;

привлечение к административной или уголовной ответственности ранее – 3,9%;

нарушение социальных контактов – плохие отношения со сверстниками – 2,9%.

Биологические факторы:

наличие психических расстройств (состоял на «Д» учете у врача-психиатра, обучался по специальной коррекционной программе в связи с наличием психических расстройств, обучался в коррекционной школе) – 17,3%;

употребление ПАВ – 11,5%;

суицидальное поведение (ранее высказывал суицидальные мысли, суицидальные попытки в анамнезе) – 9,6%;

наследственная отягощенность по суицидам – 4,8%.

Влияние средств массовой информации, как фактор:

посещение сайтов, пропагандирующих суицид – 2,9%.

Мотивы.

Неразделенная любовь, ссора с партнером – 18,3%;

Ссора с родственниками – 17,3%;

Суицид друзей – 3,5%;

Страх наказания, страх неудачи – 2,9%;

Посещение сайтов, пропагандирующих суицид, чтение книги «50 дней до моего самоубийства» – 2,9%;

Ссора с друзьями – 1,9 %;

Развод родителей – 1,9%;

Смерть близких – 0,9%;

Жестокое обращение – 0,9%;

Вымогательство денег – 0,9%;

В 45,2% мотивы не были установлены.

Наряду с регистрацией завершенных суицидов в регионе с 2012 года осуществляется оперативный мониторинг случаев суицидальных попыток.

Распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 15 марта 2017 года № 260 «Об информационном взаимодействии при оказании помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» утверждены:

форма бланка Специального извещения о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью;

форма бланка Экстренного извещения по факту детского (подросткового) суицида;

форма ежемесячной информации о случаях суицидальных попыток, закончившихся смертью;

рекомендации по порядку заполнения Специального извещения о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью.

Специальное извещение о случае суицидальной попытки, не закончившейся смертью, в течение 24 часов с момента первичного обращения в медицинское учреждение суицидента, подается по защищенному каналу VipNet с соблюдением порядка защиты персональных данных в Кризисную службу ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского.

Динамика суицидальных попыток несовершеннолетних (по данным зарегистрированных обращений в учреждения здравоохранения):

2014 год – 71 несовершеннолетний,

2015 год – 26 несовершеннолетний,

2016 год – 32 несовершеннолетних,

2017 год – 70 несовершеннолетних,

2018 год – 75 несовершеннолетних.

Представленные данные демонстрируют выраженные колебания, как количества зарегистрированных суицидальных попыток, так и соотношение с количеством завершенных суицидов.

### ***Организация суицидологической помощи на территории Забайкальского края***

В 2009 году по инициативе министерства здравоохранения Забайкальского края был создан межведомственный координационный совет по оказанию помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на территории Забайкальского края.

В 2014 году, уже при заместителе председателя Правительства Забайкальского края по социальным вопросам, создается координационный совет по обеспечению оказания помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на территории Забайкальского края.

В том же году в рамках реорганизации психиатрической службы, с целью улучшения помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, на базе ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского" создана Кризисная служба для оказания помощи взрослому и детскому населению г. Читы и районов Забайкальского края по принципу добровольного обращения.

В структуру службы входят:

Отделение «Телефон Доверия». Круглосуточно, анонимно, бесплатно.

Кабинет медико-социально-психологической помощи. Ежедневно с 8:00 до 15:42 (выходной суббота, воскресенье). Анонимно, бесплатно.

Выездные специализированные психологические бригады.

Кадры: Врачей – 1, психологов – 8, медицинская сестра – 1, социальный работник – 1.

Деятельность: За 4,5 года в кабинет медико-социально-психологической помощи обратилось 2260 человек, из них детей - 366, подростков – 268. Количество посещений 9682. Число посещений детьми – 1044, подростками – 822. Ежегодно увеличивается

число лиц, в том числе несовершеннолетних, обращающихся за кризисной помощью. Так, если в 2014 году обратилось 16 детей и 3 подростка, то в 2018 году детей обратилось 140, подростков 181.

На линии «Телефон Доверия» обслужено 14759 звонков.

Осуществлено 27 выездов мобильных бригад. Оказана психологическая помощь 1167 человеку, из них 382 несовершеннолетним.

В Кризисной службе обратившимся несовершеннолетним по показаниям проводится психологическая диагностика, психологическое консультирование, психотерапия; несовершеннолетним с суицидальным поведением (высказывания, мысли, тенденции, попытки) проводится экспресс-диагностика суицидального риска «Сигнал» и опросник антисуицидальных попыток.

Разработан региональный Комплекс мер по снижению смертности населения от самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних, на период 2017-2020 годы.

утвержден Порядок межведомственного взаимодействия специалистов в случае незавершенного суицида несовершеннолетнего с целью предупреждения рецидивного поведения и стабилизации психологического состояния ребенка. Определена маршрутизация подростков с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

Подготовлены методические рекомендации для работников образования «Суицидальное поведение на территории Забайкальского края: эпидемиология, типология, факторная обусловленность, профилактика, диагностика и превенция», адресованные руководителям образовательных учреждений (директорам, заместителям директоров по воспитательной работе), психологам, социальным педагогам, педагогам-психологам, классным руководителям.

Проводятся общешкольные и Краевые родительские собрания по проблемам образования, воспитания, успешной социализации; профилактики девиантного поведения детей, детско-родительских взаимоотношений; ситуации распространения в сети Интернет негативной информации, пропагандирующих самоубийства подростков, а также факты вовлечения несовершеннолетних в соответствующий группы и сообщества в социальных сетях.

Образовательными организациями активно реализуют программы для несовершеннолетних по формированию жизненных навыков, включающих стратегии преодоления стресса и разрешения конфликтов, первичной профилактике суицидального поведения.

Реализуются меры по раннему выявлению, лечению, реабилитации людей с психическими расстройствами и зависимостями.

Проводится подготовка соответствующих кадров в системе здравоохранения, образования, и социальной защиты.

По договору с ОРЧ ОГЗ УМВД России по Забайкальскому краю **оказывается психологическая помощь лицам, подлежащим государственной защите.**

С 2019 года Забайкальский край вошел в число трех пилотных площадок ВОЗ в РФ, наряду с Уральским и Северокавказским ФО для использования инструмента ВОЗ для улучшения своих систем мониторинга и наблюдения за самоповреждениями и для обеспечения стандартизации на субнациональном уровне.

### ***Основные понятия о суицидальном поведении, факторах риска, детерминантах суицидального поведения***

**Общие черты самоубийства** вне зависимости от пола, возраста, этнической принадлежности, психиатрического диагноза и других обстоятельств и характеристик суицидального поведения, и помогающие понять личность самоубийцы и причины, заставившие его совершить этот экстремальный поступок, описаны Э. Шнейдеманом (2001):

1. Общей целью суицида является **нахождение решения**.
2. Общая задача суицида состоит в **прекращении сознания**.
3. Общим стимулом к совершению суицида является **невыносимая психическая (душевная) боль**.
4. Общим стрессом при суициде являются **фрустрированные психологические потребности**.
5. Общей суицидальной эмоцией является **беспомощность – безнадежность**.
6. Общим внутренним отношением к суициду является **амбивалентность** (психическое состояние, в котором каждая установка уравновешена своей противоположностью).
7. Общим состоянием психики при суициде является **сужение когнитивной сферы** (когнитивная сфера обеспечивает логичную и осмысленную последовательность действий по переработке информации).
8. Общим действием при суициде является **бегство (эгрессия)**.
9. Общим коммуникативным действием при суициде является **сообщение о своем намерении**.
10. Общей закономерностью является **соответствие суицидального поведения общему стилю поведения**.

**Детерминанты суицидального поведения** (истинные причины суицидального поведения) – неблагоприятное сочетание суицидогенных факторов, формирующих, определяющих динамику суицидального поведения и приводящих к суицидальным действиям. Условно их можно объединить в три регистра: индивидуально-личностный, ситуационный (особенности социально-психологической ситуации), статусный (особенности состояния суицидента непосредственно перед суицидом). Причем часть факторов могут одновременно относиться к нескольким регистрам. Эти регистры выступают как зоны преимущественного формирования суицидальных тенденций и помогают при анализе выявить причины суицида. Индивидуально-личностные особенности выступают как предпосылки (предиспозиция) суицида и реализуются при обязательном наличии ситуации и связанного с этим микросоциального конфликта, в результате чего возникает суицидоопасное психическое состояние, в котором человек и совершает самоубийство. Следует заметить, что мотивационная составляющая суицидального поведения, отражает ситуацию и практически никогда не является истинной причиной суицидальных действий. **Мотивы** (осознаваемые субъективные причины поведения) обычно отражают не истинные причины суицида, а поводы (ближайшие значимые события), связанные с непосредственно переживаемым конфликтом, играющим роль «последней капли» и сопровождающиеся мотивировкой (субъективно искаженные объяснения поведения). Анализ мотивов и поводов позволяет выявить ситуационную составляющую суицида.

Знание и выявление факторов суицидального риска, соответствующих групп населения в муниципальных образованиях, в том числе путем анализа детерминант суицидального поведения у конкретных лиц на разных стадиях суицидологического процесса – объективная база для разработки дифференцированных превентивных программ.

Основные факторы суицидального риска:

#### **Биологические.**

Наследственная отягощенность по психическим расстройствам (особенно по депрессивным и наркологическим расстройствам) и суицидам. Ряд авторов говорят, что 40% суицидов обусловлены генетически. Подтверждение этому – повышенная частота самоубийств среди родственников суицидентов, особенно среди родственников первой степени родства, у монозиготных (однойяцевых) близнецов по сравнению с дизиготными (разнойяцевыми). Однако неясным остается, как генетический фактор взаимодействует с



социально-психологическими и другими пусковыми механизмами суицидальных действий.

#### **Демографические.**

Частота суицидов у мужчин во всех странах выше, чем у женщин (у мужчин – высокий или сверхвысокий, у женщин – низкий или средний). Установлено, что макросоциальные факторы занимают важное место в частоте суицидов у мужчин, но практически не влияют на частоту самоубийств у женщин. Ведущая роль в формировании суицидального поведения у женщин принадлежит микросоциальным факторам.

Число лиц, совершивших самоубийство с возрастом увеличивается, а число попыток уменьшается. Суицидальные попытки – «привилегия» молодых людей. По данным ряда авторов соотношение попыток и суицидов в молодом возрасте составляет 8-10:1, а среди пожилого возраста – лишь 1-1,5:1.

#### **Клинические.**

Наличие психических расстройств, среди которых наибольшей суицидоопасностью обладают депрессивные расстройства, алкоголизм и злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость, расстройства личности, наличие нарушений психического развития в детском возрасте, наличие хронических длительных, причиняющих тяжкие страдания соматических заболеваний, особенно с болевым синдромом, (соматическое заболевание оказывает дополнительное негативное воздействие на психическое состояние, являясь фоновым астенизирующим фактором, усиливающим пессимистическое настроение). Следует заметить, что вышеперечисленные психические расстройства носят клинически невыраженный характер, и, как следствие, отсутствуют нормативно-правовые условия активного вмешательства психиатрических служб (психиатрическая помощь может оказываться по обращаемости и при добровольном согласии лица). Наиболее суицидоопасны и широко распространены невыраженные депрессивные и субдепрессивные состояния (15% пациентов с тяжелыми депрессивными расстройствами погибают вследствие самоубийств; у 20-60% пациентов с депрессиями в анамнезе обнаруживаются попытки самоубийства; от 40 до 80% пациентов во время депрессии имеют суицидальные мысли).

#### **Социальные.**

Включают в себя макросоциальные и микросоциальные факторы.

Под макросоциальными понимаются социальные условия, непосредственно обусловленные общественным строем, социально-экономической и политической структурой общества. Наиболее значимо на уровень суицидов влияют глобальные перемены, связанные с социальными кризисами, сопровождающимися радикальным переустройством общества, экономическим спадом, безработицей, сменой общественных ценностей и стереотипов, социальным и материальным расслоением населения, снижением уровня жизни и социальной незащищенностью населения, осознанием собственной беспомощности и невозможности повлиять на ситуацию. Социальная нестабильность приводит к росту числа лиц с психическими расстройствами и с деструктивным, в том числе суицидальным поведением. В свою очередь, увеличение таких лиц в обществе способствует усилению в нем социальной дезинтеграции и напряженности. Данные явления объясняются гипотезой массового социального стресса – «стресса социальных изменений» (термин ВОЗ).



**Рисунок 7. Гипотеза массового социального стресса**

Состояние дезадаптации сопровождается ощущением безнадежности, отчаяния, тягостными переживаниями напряжения и стремлением его ликвидировать. Это приводит к нарушениям взаимоотношений с окружающими, психосоматическим заболеваниям, реактивным состояниям, неврозам, расстройствам поведения детского и подросткового возраста, агрессивности. Возникает тот или иной вариант поведения – суицидального, делинквентного (делинквент – правонарушитель), девиантного (отклоняющегося от социальных норм), аддитивного (формирование различного вида зависимостей) или возникает психическое или психосоматическое расстройство. Один из вариантов – кризисное состояние с суицидальным поведением или без суицидального поведения.

Развитие суицидального поведения при «стрессе социальных изменений» происходит тремя путями:

- 1) возникновение депрессивных расстройств;
- 2) острые ситуационные реакции у практически здоровых людей в ответ на индивидуальные стрессовые факторы (вследствие увольнения с работы, резкого ухудшения материального и семейного положения) с появлением ощущения, что «ничего уже исправить нельзя»; в ряде случаев эти реакции носят протестный характер, направленный против происходящих изменений, что чаще наблюдается у пожилых людей;

- 3) обострение депрессивной симптоматики у лиц с психическими расстройствами.

Кризисное состояние общества может охватывать всю территорию государства, но и быть локальным на уровне региона, отдельных городов и населенных пунктов.

На уровень и динамику самоубийств влияют темпы и степени урбанизации, индустриализации и миграции населения. Негативное влияние проявляется по мере разрастания городов, увеличения численности населения и напряженности ритма жизни в них, ускорения технического прогресса и модернизации общества в целом. Влияние этих факторов проявляется опосредовано, через социально-психологические факторы – люди становятся все более разобщенными («одиночество в толпе»). Кроме того темпы развития общества намного опережают темпы адаптации человеческой психики к меняющимся условиям жизни, что порождает хроническую фрустрацию (невозможность

удовлетворения основных потребностей) и дистресс (неадаптивная реакция на внешние факторы), приводящие к возникновению кризисных состояний, суицидальных действий и другим формам саморазрушающего поведения.

Риск совершения суицидальных действий в городе выше, чем в сельской местности. Это согласуется с данными о наличии прямопропорциональной зависимости между плотностью проживания населения и частотой самоубийств. Этот факт объясняется также большей занятостью сельского населения и большей крепостью их семейных связей. Исключением являются сведения по Китаю, где частота суицидов в сельской местности выше, что объясняется отличием культуральных факторов и региональных различий в социально-экономической ситуации. Существует точка зрения, что в городах чаще совершаются попытки самоубийства, а в сельской местности завершённые суициды.

Кроме вышеуказанных глобальных, к макросоциальным факторам относятся уровни социально-экономического развития и общей культуры той или иной территории, в том числе степень развития социальной инфраструктуры.

Микросоциальные факторы отражают условия существования человека в его микросоциальной среде (семья, производственный коллектив, иные неформальные и формальные объединения).

Имеются сведения, что рост безработицы на 1% приводит к увеличению числа самоубийств на 4%. Играет роль утрата или угроза утраты работы, вынужденные смены работы, страх остаться без средств к существованию. Причем высокосignификантными предикторами суицида являются средняя продолжительность незанятости, а также потеря социального статуса («комплекс короля Лира»).

Существенную роль играет уровень образования, причем доминирует точка зрения, что частота самоубийств обратно пропорциональна уровню образования. Важное значение имеет невозможность выполнения кредитных обязательств, банкротство, тяжелое материальное положение, низкий уровень доходов, неудовлетворенность условиями труда, нестабильность своего статуса; профессиональная занятость в сферах с выраженной конкуренцией, эмоциональным напряжением, связанным с материальной, юридической ответственностью и риском разорения (в финансовой сфере, в частном предпринимательстве и торговом бизнесе и др., являющихся наиболее «неустойчивыми», особенно в периоды кризисов).

Традиционно к факторам риска относят семейное положение. Неполная родительская семья, патологическое воспитание в родительской семье, конфликтные отношения в собственной семье (психологический микроклимат в семье один из важнейших факторов – положительный микроклимат обладает мощным антисуицидальным эффектом, неблагоприятный – вызывает депрессии, острые аффективные реакции, способствует возникновению суицидального поведения, потенцирует уже развившийся суицидальный процесс). Отсутствие или утрата собственной семьи (развод, разлука, отказ от продолжения прежних отношений, в т.ч. с сексуальным партнером), бездетность (снижение суицидального риска прямо пропорционально количеству детей в семье), неполная семья (сомнения в способности обеспечить своим детям полноценное существование; ощущение, что являются обузой для собственных взрослых детей).

С семейным фактором тесно переплетается и такой фактор риска как жилищная неустроенность. Важным фактором риска является одиночество (особо значимо для пожилых людей).

Кроме того, к факторам риска относится утрата или утрата социальных контактов, предшествующих суицидальному покушению и усугубляющих течение суицидального процесса. Позитивные социальные контакты, обеспечивающие действенную и адекватную поддержку – мощный антисуицидальный фактор; утрата контактов (потеря работы, распад

семьи, снижение интереса к собственному здоровью и личности) почти всегда сопровождается дезадаптацией.

#### **Личностно-психологические.**

В целом личностные особенности суицидентов выходят за пределы среднего варианта психического функционирования и относятся к крайним вариантам человеческой индивидуальности. Кроме того, имеет значение:

- снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, завышенная или лабильная) самооценка;
- слабость личностной психологической самозащиты;
- снижение или утрата ценности жизни;

Огромную роль в развитии патологических черт характера, а в дальнейшем суицидального поведения играет негативный семейный опыт в детско-подростковом возрасте, по тем или иным причинам необеспечивающий психологическое равновесие, предохраняющее ребенка от дезадаптивных реакций («болезненный опыт» прежних конфликтов и отрицательных переживаний формирует специфические особенности реагирования, определяет поведение человека в дальнейшей жизни).

Имеет значение *непоследовательный тип* воспитания в семье (у родителей отсутствуют общие взгляды на систему воспитания ребенка, к которому предъявляют трудновыполнимые, противоречивые требования), *тип материнского* воспитания (отвергающий – эмоционально холодная, доминирующая, безучастная к потребностям других мать – у ребенка формируется ощущение отверженности; сверхопекающий – мать испытывает трудности с собственной адаптацией (проблемы в личной жизни) и пытается компенсировать это в отношениях с ребенком – не позволяет сформироваться адекватным механизмам личного реагирования), воспитание по *типу гипоопека или безнадзорность* (формальный надзор за ребенком и воспитание по типу «Золушка» - формируется ощущение одиночества), *воспитание в дисфункциональных семьях* (причины дисфункции разнообразны – пьянство родителей, патологическая склонность к азартным играм, накопительству и т.п.; члены этих семей не уделяют внимания друг другу, особенно к детям, характерны непостоянство и непредсказуемость, запреты на свободное выражение своих потребностей и чувств, использование физических наказаний и эмоциональных репрессий; ролевая функция таких детей – реакция на стресс, обусловленный девиантным поведением родителей; дети, чувствуя себя эмоционально отвергнутыми, держатся изолированно от семьи, при этом страдают или привлекают к себе внимание девиантными формами поведения).

**Этно-культуральный фактор** занимает особое место при очевидной связи с риском суицидального поведения. Актуальным является принадлежность к финно-угорской этнической группе (Удмуртия, Коми, Мари-Эл, Венгрия, Финляндия и др.) в плане риска суицидов. Для данной этнической группы характерен высокий уровень самоубийств вне зависимости от географического места проживания.

Предполагается, что на ранних этапах их этногенеза некоторые поведенческие особенности, предрасполагающие к самоубийству, были зафиксированы в генофонде нации. Имеется и такая точка зрения, что присущий этой этнической группе коллективизм, способствует развитию сильной зависимости от социальных норм и требований, что порождает уязвимость их в отношении неблагоприятных социальных факторов, которая проявляется в социальной дезадаптации, приводящей к суицидальному поведению.

### **Влияние средств массовой информации.**

Имитация суицидального поведения – «эффект Вертера» (Вертер – литературный персонаж, созданный Гете) возникает в результате суггестивного эффекта (внушения) на людей информации о суицидальных действиях какого-либо человека, исходящей из той же школы, тюрьмы, больничной палаты, армейской части, населенного пункта или освещения в средствах массовой информации. Известны спровоцированные «эпидемии» суицида. Подобные самоубийства называются кластерными и являются особо частыми в возрасте до 20 лет. Примерно 1-13% подростковых самоубийств являются кластерными. Своеобразное психическое заражение влияет как на частоту суицидов, так и на отдельные параметры суицидального поведения.

**Пресуицидальный (кризисное состояние)** – временной промежуток между началом формирования собственно суицидального поведения и суицидальными действиями. Как правило, кризисное состояние запускалось каким-либо внешним стрессовым жизненным событием, которое не было обеспечено адаптивной реакцией. Все суициденты остро переживали такие отрицательные эмоции, как страх, гнев, обиду, одиночество.

Длительность от нескольких часов до нескольких лет – зависит от остроты и неожиданности стрессового фактора и наличия антисуицидальных факторов и борьбы мотивов. По своим проявлениям пресуицид протекает как аффективно-напряженный (с яркими аффективными проявлениями) или аффективно-редуцированный (акцент на идеаторную переработку суицидогенного конфликта со скудностью внешних аффективных проявлений). Социальные детерминанты на данном этапе потенцируют течение суицидального процесса.

В ряде случаев суицид совершался импульсивно, минуя этапы (импульсивный вариант). В таких случаях суицидогенная ситуация носила острый и неожиданный характер, что сопровождалось ощущением непереносимой душевной боли.

В качестве характеристик **мотивов** суицидального поведения рассматриваются сфера и содержания суицидогенного конфликта и категория личностного смысла суицидального поведения.

Суицидальные конфликты наиболее часто наблюдаются в следующих сферах:

1) **лично-витальная сфера** – совокупность наиболее значимых потребностей индивида – в безопасности, личностном суверенитете, избегании физических страданий и т.п.

2) **интимно-сексуальная;**

3) **семейная** – значительно чаще отмечаются у женщин;

4) **профессиональная** – значительно чаще у мужчин;

5) **коммунально-бытовая** – чаще сопряжена с семейными конфликтами;

6) **административно-правовая;**

7) **морально-этическая;**

8) **религиозная** и др.

В характеристике суицидального поведения имеет значение содержание суицидогенного конфликта: несправедливое отношение, супружеская измена, развод, неудовлетворенность «значимым другим», неудачная любовь, недостаток внимания и заботы, половая несостоятельность, постановка психиатрического диагноза или диагноза неизлечимого заболевания, тяжелая соматическая болезнь, страх перед административной или судебной ответственностью, боязнь позора и (или) наказания, самоосуждение за реальный проступок, неудачи в учебе, на работе, материально-бытовые трудности, несостоятельность в погашении долгов (банкротство), потеря сбережений, потеря работы, изменение привычного стереотипа жизни и т.д.

Часто сам конфликт не был острым, однако с учетом внутренней суицидальной готовности он приобретал суицидогенный характер.

Несмотря на выделение ведущего мотива суицидального поведения, оно является в той или иной степени полимотивированным. В этой связи важным является установление иерархии мотивов на основе понятия категории личностного смысла суицида:

**избегание** – уход от поиска конструктивного решения проблемы и от психического и (или) физического страдания;

**протест** – нанесение психологического ущерба, мести обидчику (тому, кто суицидентом расценивался как причина суицидального намерения);

**призыв** – «крик о помощи»;

**отказ от жизни** – потеря смысла жизни, невозможность исполнения прежней социальной роли;

**самонаказание** – переживание своей реальной или мнимой вины; самопожертвование.

Следует учесть, что у лиц, совершающих повторные суицидальные попытки, сфера суицидального конфликта и проявления пресуицидального периода представляют своего рода «клише», что следует учитывать при профилактике повторных суицидальных действий.

### *Период реализации суицидальных действий*

В ряде случаев подготовка суицида осуществлялась тайно и заметить ее можно было по косвенным признакам – уход от контактов, замкнутость, пониженное настроение, стремление остаться в одиночестве и др. В ряде случаев суициденты явно или замаскировано намекают окружающим на скорое расставание, раздаривают или возвращают ценные вещи, составляют завещание, приводят в порядок финансовые и другие дела. Достаточно часто подготовка носила открытый и даже демонстративный характер. Около двух третей суицидентов о будущем самоубийстве предупреждают несколько человек.

Вышеизложенное можно рассматривать в качестве поведенческих предвестников суицида. Следует заметить, что открытость подготовки не снимает риск суицида. Часто перед самым покушением меняется характер суицидальных высказываний. Присутствие окружающих при покушении может свидетельствовать о привлечении внимания, воздействия на окружающих и разрешения травмирующей ситуации. Для оценки суицидального намерения имеет значение наличие предсмертной записки – желание обвинить или наказать обидчика; реже записки оставались лицами, испытывающими чувство вины и пытавшихся объяснить свой поступок. В большинстве случаев суицидальные действия совершаются в алкогольном опьянении (уменьшает страх смерти и болевые ощущения). Очень часто в случае повторных суицидальных попыток предыдущий способ был аналогичен настоящему. В ряде случаев предыдущие способы были более щадящими – выбор другого способа связывали со своеобразным «разочарованием» в эффективности предыдущего. Среди нанесших себе самоповреждение, частота самоубийств в последующие 12 месяцев примерно в 100 раз выше, чем в общей популяции. При повторных суицидальных попытках наблюдаются три основные схемы поведения: некоторые совершают акт однократно, другие – несколько раз, но только в течение времени, ограниченного периодом, на протяжении которого они испытывают трудности; третью (немногочисленную) группу составляют лица, повторяющие акт самоповреждения многократно в течение длительного времени как привычный ответ на стрессовые события.

**Резюмируя**, следует сказать, что специфические личностные особенности и стереотипы реагирования на стресс часто начинают формироваться уже в детстве под воздействием неблагоприятных социальных условий и соответствующей биологической predisпозиции, в дальнейшем суицидальный процесс мог протекать латентно, но

субъективно тяжелые факторы могли провоцировать его манифестацию. Этот тип реагирования мог «закрепляться» и становиться все более используемым. Суицидальная настроенность приводила к формированию своеобразной суицидальной доминанты, которую активизировали раздражители разной степени выраженности. Нарастание эмоционального напряжения, с одной стороны, облегчало принятие суицидального решения на те же стимулы, а, с другой стороны, расширяло набор пусковых стимулов (кумулятивный эффект).

## 1. Типы суицидального поведения

**Витальный** – блокирование всех потребностей на фоне отсутствия антисуицидальных тенденций. Мотив – абсолютный отказ от жизни. Большую часть составляют пожилые лица (старше 50 лет). На их психическое состояние, как правило, негативно сказывалось нарушение привычного режима и уклада жизни, с острым ощущением противоречия между сохраняющейся трудоспособностью, возможностью принести пользу и невостребованностью. Ситуация часто осложнялась смертью супруги (супруга), утратой близких людей. Таким образом, отмечалась фрустрирующая блокада основных ценностей и потребностей личности. Принятие решения о суициде было лишено манипуляционных элементов, взвешено и нередко безэмоционально. Соотношение мужчин и женщин одинаково, что объясняется схожестью социальных ролей в этом периоде жизни. Такой тип практически отсутствует в группе 20-29 лет, что связано с наличием антисуицидальных факторов и возможностями выбора при разрешении негативных ситуаций.

Типичные факторы риска – пожилой возраст, одиночество, незанятость. В досуицидном периоде отмечалась выраженная гиперсоциальность – направленность личности на соответствие социальным нормативным критериям, инертность, догматизм, опора на существующие точки зрения, правила, инструкции. Отмечалась повышенная требовательность к себе и окружающим, желание соответствовать моральным критериям социума с тенденцией подавления насущных потребностей, спонтанности, контроль над внешней агрессией, избегание ответственности из-за страха не справиться с поставленными задачами. Такое сочетание характера нарушало адаптацию к изменяющимся окружающим обстоятельствам. У такого человека при «исчезновении» значимых внешних жизненных обстоятельств исчезала и сама личность. Самоубийство рассматривалось как единственный вариант прекращения душевной боли. Подобные стереотипы закладываются еще в родительской семье, где гиперопека приводила к формированию гиперсоциальных установок. Им присущи формы психологической защиты по типу изоляции и отчуждения. Отмечалось чувство утраты эмоциональной связи с другими людьми, ранее значимыми событиями или собственными переживаниями. Появлялись феномены дереализации и деперсонализации (субъективное ощущение изменения окружающего мира и себя) и, как следствие, осознание собственной неустроенности, ведущее к развитию депрессивных состояний, появлению и усилению антивитаальных переживаний. Характерно отсутствие четких границ при переходе доисуицидального периода в пресуицидальный (кризисный). Появление антивитаальных переживаний такие лица относили еще к подростковому и раннему юношескому возрасту. Часто это провоцировалось подростковым кризом. Первые психотравмирующие ситуации приводили к деструкции механизмов психологических защит, нарушению адаптации, появлению мыслей о малоценности и бессмысленности собственного существования. При ухудшении микросоциальных условий (особо – при внезапном) существующие антивитаальные переживания трансформировались в суицидальные мысли и замыслы. Досуицидальный и пресуицидальный периоды были длительными в виде фоновых переживаний. Характерны продуманность, «серьезность» суицидальных действий –

тщательно выбирался способ, обеспечивающий максимальную «эффективность»; подготовка скрытая. В пресуицидальном периоде испытывали сильную душевную боль или горе. Ведущий мотив – одиночество и социальная изоляция. Суицидальные действия совершались в отсутствии окружающих. Суицид не приводил к смерти случайно, лишь благодаря вмешательству других людей. Практически все нуждались в реанимационных мероприятиях и длительном лечении в соматическом стационаре вследствие высокой травматичности попытки. Постреанимационный период протекал с выраженной астенией и депрессией. Сохранялся высокий риск повторения суицидальных действий и актуальности психотравмирующих ситуаций.

**Амбивалентный** – характерно двойственность суицидального намерения: истинное желание умереть отсутствует, часто имеет место страх перед смертью и процессами, связанными с умиранием. Блокируются только две-три сферы потребностей, антисуицидальные факторы отсутствуют. В этом случае на момент суицида ресурсы личности истощались и суицид совершался не как полный отказ от жизни, а для ухода или избегания конкретной непереносимой ситуации. Суициденты не были уверены в правильности своего поступка, совершали как бы «для пробы», осознавали, что возможно не умрут, но допускали и смерть. Доминирующим мотивом было «желание отдохнуть, забыться, прекратить душевные страдания хоть на какое-то время». Периодически эта мотивация реализовалась в алкогольных (наркотических эксцессах) – своеобразные суицидальные стигмы. Характерны непродуманность суицида, выбор нелетального способа, отсутствие элементов демонстративности, шантажа, ориентации на окружающих. «Несерьезность» попытки часто приводит к ошибочной оценке амбивалентного суицида, как демонстративно-шантажного и, как следствие, этим пациентам мало уделяют внимания, что увеличивает риск повторного суицида.

Число женщин и мужчин примерно одинаково. Частота данного типа суицида увеличивается, начиная с 20-29 лет с пиком в 40-49 лет, а затем снижается. Факторы риска – относительно молодой возраст, одиночество и незанятость. В доисуицидальном периоде отмечалась высокая потребность в душевном комфорте и покое, понимании, любви, доброжелательном отношении к себе; повышенная тревожность в отношении мелких житейских проблем и своих близких. Характерно, что потребность в доброжелательном отношении на момент суицида не была удовлетворена – ведущим мотивом являлись несправедливое отношение, препятствие к удовлетворению текущей потребности, неудовлетворенность «значимым другим». Такие суициденты испытывали тоску, усталость. Типична форма психологической защиты по типу вытеснения – уход от внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания неприемлемого мотива или неприятной информации. Так, ущемленное самолюбие, задетая гордость и обида и т.п. порождали декларирование ложных мотивов своих поступков, чтобы скрыть истинные мотивы как от себя, так и от других. Для них характерно формирование внутриличностного конфликта – переживание нескольких разнонаправленных тенденций, борьба мотивов. Этот механизм – основа формирования амбивалентности суицидального поведения. В раннем детстве условия воспитания неудовлетворительные – алкоголизм родителей, разные формы дисгармоничного воспитания («недолюбленные дети»). Важные особенности при этом типе в досуицидном периоде – склонность к формированию зависимостей (прежде всего алкогольной) и психосоматических заболеваний (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма, сахарный диабет, псориаз, тиреотоксикоз и т.п.) – своеобразное отреагирование эмоциональных компонентов вытесненных мотивов. Досуицидный и пресуицидный периоды длительные. В случае суицидальной попытки попытка не приводит к смерти из-за активных действий самого суицидента, который обращается за медицинской помощью, или в связи с «мягкостью» выбранного способа суицида. В реанимационных мероприятиях обычно не нуждаются. Постсуицидальный период в целом протекает благоприятно, так как попытка выступает



как своеобразный «рубеж», оттолкнувшись от которого пациент начинал «подниматься на поверхность». Определяющими здесь являются обстоятельства отдаленного постсуицидального периода. При неблагоприятных условиях риск повторного суицида высок.

**Ситуационный** – отсутствует истинное желание умереть. Смерть не рассматривается как возможный исход суицидальных действий – совершаются заведомо нелетальные манипулятивные суицидальные действия с целью воздействия на окружающих лиц. Блокируется одна, но значимая для них потребность.

Соотношение мужчин и женщин примерно равное. Пик приходится на возраст 20-40 лет – высокая степень вовлеченности лиц этого возраста в межличностные отношения, обилие социальных контактов. После 40 лет частота резко убывает и в пожилом возрасте не встречается. Характерно наличие личной неустроенности, неудовлетворенность своим семейным положением, но не одиночество. Воспитание суицидентов в их родительских семьях было непоследовательным. Уже в раннем детстве закреплялись патологические способы привлечения внимания. В досуицидальном периоде отмечались повышенная эмоциональность, высокий уровень притязаний на фоне неадекватной, завышенной самооценки. Реакции на конфликты носили инфантильный характер – во что бы то ни стало получить желаемое. Самоубийство выступало как инструмент воздействия на окружающих. Психологическая защита обычно в форме регрессии – психологическое возвращение в ранний возраст. Что проявлялось в инфантильных реакциях, в частности, напугать значимый объект, для чего и совершалась суицидальная попытка. Пресуицидальный период непродолжительный. Хотя еще в детском и подростковом возрасте возникали мысли о собственной смерти. В случае невозможности удовлетворения своих потребностей и получения желаемого они начинали фантазировать о собственной смерти. Умирание в подобных фантазиях было быстрым и приятным, а близкие выражали крайнюю степень горя и раскаяния по поводу случившегося. Суициденты иногда демонстрировали подготовку суицидального акта (например, начинали интересоваться лекарственными препаратами; особенностями умирания при различных вариантах кровотечения и т.п.). Иногда их угрозы достигали результата – окружающие изменяли свое поведение под угрозой этого скрытого шантажа. Важную роль в формировании суицидального поведения играли суицидальные действия в их ближайшем окружении. Отмечаются повторные суицидальные реакции с их генерализацией, когда повторные суицидальные попытки возникают в ответ на все менее объективно значимые ситуации.

Отмечаются два вида ситуационного суицида: **демонстративно-шантажный вариант** (как ответ на фрустрирующую ситуацию – невозможности получить желаемое на фоне интенсивной потребности в нем; попытка в присутствии окружающих, демонстративна, театральна, сопровождалась угрозами; подготовка отсутствовала; использовались доступные средства) и **триггерный** (очевидная связь между психотравмирующей ситуацией и попыткой отсутствовала – совершалась в ответ на событие, ставшее «последней каплей»; часто суицид неожидан для окружающих и без их присутствия; всегда предпринимались необходимые действия, чтобы проинформировать окружающих). При обоих вариантах подготовка и суицидальный акт открытые, демонстративные, плохо спланированные; способ суицида заведомо нелетальный, при более «жестком» варианте расчет делался на своевременное вмешательство окружающих. При отравлениях старались, чтобы окружающие знали какими лекарствами отравились, на словах завышали дозу. Самопорезы неглубокие, но множественные (повышало драматичность попытки). При падении с высоты предпринимали меры, чтобы попытка была прервана на начальном этапе. У мужчин чаще порезы, у женщин отравления. Типична неосведомленность суицидентов о выбранном способе суицида, механизмах умирания (проявления элементов инфантилизма). Перед суицидом испытывали обиду;

мотивом служили препятствие к удовлетворению ситуационной актуальной потребности, неудовлетворенность «значимым другим», неудачная любовь. Необходимости в реанимационных мероприятиях, как правило, отсутствовала. Постсуицидальный период протекает благоприятно, суицидальная настроенность редуцируется особенно в случаях, когда суицидент добивается желаемого. Часто внимание родственников в ближайшем постсуицидальном периоде суициденты воспринимают как изменение ситуации в их пользу, вытесняли болезненную информацию и находились в приподнятом настроении. Риск повторных суицидов в постсуицидальном периоде невысок при условии разрешения конфликтной ситуации. Однако риск повторных суицидов в отдаленном постсуицидальном периоде сохраняется, так как суицидальное поведение имеет тенденцию к генерализации, а легкомысленное отношение к суицидальной попытке может привести к смерти даже и при отсутствии желания себя убить.

**Спонтанный** – особенностью является внезапность суицидальных действий. Пресуицидальный период отсутствует. Суицидальные действия вызывались необходимостью «моментального» снятия напряжения при отсутствии этапа планирования и попытки оценить реальные обстоятельства происходящего. Как правило, это происходит в рамках острых психогенных реактивных состояний, когда внезапно блокируется одна из жизненно важных потребностей индивида. Наличие антисуицидальных факторов не оказывает защитного действия. Отмечается в возрасте от 20 до 60 лет при пике от 20 до 29 лет. Характерно наличие проблем во взаимоотношениях, в частности, семейное неблагополучие, что объясняется личностными особенностями.

В досуицидальном периоде отмечались эмоциональная лабильность, выраженная склонность к импульсивным действиям, низкая способность к критическому анализу собственных действий, к планированию, нетерпеливость, склонность к риску; завышенные притязания, уровень которых зависит от сиюминутных побуждений и внешних влияний. Действия совершаются без ясной мотивации, предварительного решения или намерения. Формы защиты: избегание – эскапизм («без боя» покидали зоны напряжения, когда их «Я» подвергалось атакам, это часто приводило к конфликту с социальными нормами, но они не в состоянии были контролировать свое поведение; в детстве это проявлялось как реакция на сложные условия проживания в родительской семье) и перекладывание ответственности (в таких случаях типичны высказывания: «я ничего не мог с собой поделать», «это сильнее меня»). Эти особенности способствовали развитию в досуицидальном периоде различных форм зависимостей (игромании, от психоактивных веществ). Пресуицидальный период отсутствовал: суицидальные действия в форме ситуационно-импульсивной реакции. Использовались доступные средства. Непродуманность и неподготовленность суицида определяли низкую летальность. В случае применения заведомо летальных способов (повешения, падения с высоты и т.п.) избежать смерти удавалось благодаря вмешательству окружающих. Основные мотивы – потеря значимого другого и несправедливое отношение. Необходимость в реанимационных мероприятиях возникала в случаях летального способа суицида. Постсуицидальный период протекает благоприятно. Риск повторного суицида невысок, если суицидент переосмысливал ситуацию и менял свое отношение к ней.

**Аффективный тип** – суицид используется как способ снятия эмоционального напряжения при невозможности отреагировать во вне. Фрустрировалась одна актуальная потребность, имелись действенные антисуицидальные факторы. Типичным являлись молодой возраст, незанятость, одиночество. В досуицидальном периоде отмечались склонность к накоплению аффекта с его последующей разрядкой, высокий уровень агрессивности, аффективная охваченность доминирующими идеями, реакции раздражения, гнева. Характерно злоупотребление и зависимость от алкоголя. Склонность к делинквентным формам поведения с подросткового возраста. Воспитание в родительской семье директивное с доминированием отца. Пресуицидальный период

короткий (часы, дни). Отсутствовали антивитаальные переживания. Суицидальное поведение возникало в форме острой аффективной реакции как ответ на конфликт. Если обстоятельства и внутриличностные установки позволяли, то отреагирование происходило во вне, словесно или физически. В противном случае аффект разряжался на самого себя в виде суицидальных действий – наносили себе повреждения, в результате которых испытывали облегчение, снижение эмоционального напряжения. Суицид заранее не планировался. Выбор средств совершался с учетом их доступности и высокой травматичности. Испытывали злость, обиду, душевную боль. Часто суицидальные действия совершались в присутствии окружающих, так как происходили на высоте аффективного напряжения во время конфликта. Способ нелетальный, но высоко травматичный, способный вызвать максимум болезненных ощущений. Попытки не приводили к летальному исходу, так как суицидент и окружающие сразу начинали оказывать помощь. Необходимость в реанимационных мероприятиях обычно отсутствовала. Но суициденты стационарировались для терапии нанесенных повреждений. Постсуицидальный период протекал благоприятно, риск повторных суицидальных действий минимален, нанесенные повреждения приводили к спаду эмоционального напряжения, критическому отношению.

**Институциональный** – смерть выступала как нежелательное, но необходимое условие достижения своих целей. Цель – достижение надличностных, глобальных (религиозных, мистических, политических), часто психопатологических (болезненных) целей (переселение в другой мир, наказание обидчика, приобретение паранормальных способностей, принесение себя в жертву в рамках ритуала, политических целей, других особенностей ситуации, например, во время войны для спасения своих товарищей). Отмечалось ослабление основных витальных и социальных побуждений, несвязанных с достижением вышеуказанных целей. Антисуицидальные факторы не имели влияния. Высокий риск расширенного суицида. Развитие религиозного мышления, «одержимость» политическими и социальными идеями с ярким аффективным сопровождением в какой-то мере были следствием своеобразного механизма ухода, бегства от реальных жизненных трудностей в воображаемый мир психопатологических построений, где суицид являлся закономерным финалом. Суицид всегда подготовлен и спланирован. Способ заведомо летальный, смерть не наступала вследствие случайных обстоятельств. В пресуицидальном периоде суициденты испытывали эмоциональную приподнятость, воодушевление. Чувство страха притуплено, оно подавлялось более сильными эмоциями, вызванными «совершением важного поступка». Имеется необходимость в реанимационных мероприятиях, длительном курсе терапевтического лечения. Высокий риск повторного суицида.

**Резонансный** – главной особенностью желание суицидента идентифицировать себя со своим кумиром, и в рамках этой идентификации умереть, как умер он. Влечение к кумиру вытесняло в сознании другие значимые сферы функционирования. Обычно такие суициды совершаются в юношеской среде после гибели популярных героев массовой культуры, на почве неразделенной любви, но по шаблону какого-либо кумира; в религиозных группах под воздействием сильного лидера. В досуицидальном периоде отмечались высокая потребность в любви и романтических отношениях, а также желание конструировать свою жизнь под влиянием доминирующей личности вплоть до полной идентификации с ней. Формы психологической защиты: примитивная идеализация (неосознанное преувеличение силы и престижа другого человека), интроекция (некритичное усвоение чужих убеждений и установок), идентификация (бессознательный перенос на себя чувств и качеств другого человека; неосознаваемое следование идеалу, позволяющее преодолеть собственную слабость, малозначительность и чувство неполноценности). Воспитание часто по типу «золушки», недостаток материнской любви и заботы. Пресуицидальный период короткий. Суицидальные мысли возникали внезапно

и были спровоцированы словами, поступками других людей, имеющих отношение к смерти или самоубийству. До этого момента антивитаальных переживаний не было, но отмечалась романтизация смерти – фантазии о собственной смерти (без чувства обиды и наказания близких), похоронах с большим количеством друзей, родственников, которые соберутся на похороны (это говорит о высокой степени одиночества, непризнанности). Суицид не планировался. Способ выбирался исходя из особенностей смерти кумира. Характерны предсмертные записки, в которых объясняли свой поступок и просили прощения у родителей. Суицид совершался в одиночестве, подготовка скрытая. Суицид для окружающих носил неожиданный и необъяснимый характер. Перед суицидом испытывали, с одной стороны, душевную боль в связи с потерей кумира, с другой, приподнятость в предвосхищении скорого символического объединения с ним. Мотивы – неудачная любовь, потеря значимого другого. Постсуицидальный период протекает благоприятно, риск повтора невысокий, так как попытка приводит к аффективной разрядке и рациональному осмыслению своего поступка.

**Маскированный** – особенностью является отсутствие осознаваемого суицидального намерения и его последующее отрицание. Суицидальная попытка бессознательно маскировалась под несчастный случай, который совершался на фоне выраженной фрустрации, депрессивных и субдепрессивных переживаний, психотравмирующей ситуации и ослабления антисуицидальных факторов. В досуицидальном периоде отмечалась алексетимия (затруднения осознания и вербализации собственных ощущений, чувств, настроения и переживаний). Психологическая защита в форме вытеснения и изоляции аффекта – неприятная информация вытеснялась из сознания и легко забывалась; вытесненный эмоциональный фрагмент проявлялся в виде сновидений и непреднамеренных случайных действий, что и ложилось потом в основу формирования суицидального поведения. В родительской семье культивировалось строгое воспитание с ориентацией на социальные правила и нормы, не приветствовалось проявление ярких эмоций, которые требовалось скрывать. Незадолго до суицида отмечали тоску, тревогу, чувство бесперспективности. При обстоятельствах «несчастливого случая» всегда присутствовал элемент вины суицидента – забывание, умышленное несоблюдение техники безопасности и т.п. (оставляли не выключенным газ, «по ошибке» вместо настоя трав выпил жидкость для удобрений и т.п.). Маскированный суицид может принимать разнообразные формы – рискованное вождение автомобиля, занятия экстремальными видами спорта и т.д. Во всех случаях суициденты отрицали суицидальную попытку, но признавали у себя наличия депрессивного или субдепрессивного фона, психотравмирующую ситуацию, наличие антивитаальных переживаний и суицидальных мыслей (не достигали степени суицидальных замыслов). Риск повторных суицидов был умеренный, но возрастал, если пациент оставался без помощи.

## **2. Особенности суицидального поведения у детей и подростков**

Для молодого возраста характерны повышенная конфликтность, протестное поведение, ранимость, повышенное чувство достоинства, эмоциональная неустойчивость, застенчивость, сочетающаяся с максимализмом. Эти черты характера могут способствовать формированию суицидального поведения. Особенно опасен возраст с 11 до 15 лет, период возрастного кризиса, когда подросток начинает себя осознавать как личность, как равноправного члена общества, семьи. Из-за этого часто возникают конфликты с родителями, что ведет к потере взаимного контакта, формированию отчуждения – это и кризис общения с товарищами («кризис отношений»), и кризис самосознания. Для него очень значимо мнение о себе окружающих. Суицидальные мысли и фантазии у подростков довольно часты и их реализации могут способствовать, казалось

бы, малозначимые события, чему благоприятствуют эмоциональная неустойчивость и импульсивность ребенка.

Причинами суицидов в детском и подростковом возрасте может быть следующее:

1. Несформированное понимание смерти. В понимании ребенка, смерть не означает бесповоротное прекращение жизни. Он может представлять, что всё можно будет вернуть назад. У подростков понимание и осознание страха смерти формируется не раньше 18 лет.

2. Отсутствие ощущения себя частью общества, города, страны. Это может быть следствием неопределенности идеологии в обозримом сообществе. Подросток в разрозненном обществе без общих ценностей чаще испытывает ощущения ненужности, депрессии.

3. Утрата цели. Суицидальное поведение у подростков часто объясняется тем, что молодые люди, не имея жизненного опыта, не могут правильно определить цель своей жизни и наметить пути ее достижения

4. Дисгармония в семье.

5. Традиции саморазрушительного поведения в микросоциуме (алкоголизм, наркомания, криминализация общества).

6. В подавляющем большинстве случаев суицидальное поведение в подростковом возрасте связано с реакцией протеста, особенно частым источником последних являются нарушенные внутрисемейные, внутришкольные или внутригрупповые взаимоотношения.

Причиной является, как правило, неблагополучие в семье содержательного характера: когда нарушены нормативы родительно-детских отношений. Роль же "последней капли" играют школьные ситуации, поскольку школа – это место, где ребенок проводит значительную часть своего времени.

**7. Депрессия также является одной из причин, приводящих подростка к суицидальному поведению.**

#### **Клиническая картина депрессии**

Прежние интересы и увлечения перестают играть в жизни прежнюю роль. Человек перестает справляться с повседневными нагрузками, причем не связывает это с ухудшением психического состояния, а объясняет растущими требованиями и недоброжелательным отношением, что провоцирует появление тревоги. Нарушался сон, аппетит, снижался жизненный тонус в целом и адаптационные возможности. Появлялись мысли о собственной никчемности, социальной непривлекательности, несостоятельности, иррациональные страхи и тревоги о будущем. Многие пациенты к врачу не обращались, пытались справиться сами, обращение к близким не помогало, т.к. те не воспринимали их жалобы. Депрессия с апатическим оттенком более неблагоприятна – не делились своими переживаниями, суицидальные мысли появлялись быстрее, депрессия приобретала хронический характер. При повторных депрессивных состояниях суицидальные мысли более оформленные и осмысленные. Чаще расстройство настроения не носило тяжелого характера, но приводило к суицидальным тенденциям. Поэтому необходимо внимательно относиться к любым антивитальным или суицидальным переживаниям (часто суицидальное поведение носит латентный характер), высказываниям вне зависимости от наличия или тяжести психического расстройства.

#### **Психические симптомы:**

- подавленное настроение;
- потеря интересов, безрадостность;
- снижение мотивации, повышенная утомляемость;
- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- заниженная самооценка и неуверенность в себе;
- чувство вины и собственной ничтожности;
- негативные и пессимистические перспективы будущего;
- суицидальные мысли, планы или действия.

### **Соматические симптомы:**

- витальные расстройства (нарушении чувства собственного тела);
- нарушение сна (ранние пробуждения, свойство просыпаться);
- расстройства аппетита;
- запоры;
- ощущения сдавленности черепа, головокружение, чувство сдавления;
- вегетативные симптомы.

### **Диагностика суицидального поведения**

Диагностика предсуицидального синдрома имеет важно профилактическое значение. Определение социальных и психологических предвестников суицида может помочь понять и предотвратить его.

О предрасположенности к суициду могут свидетельствовать следующие факторы:

- Предыдущая (незаконченная) попытка суицида (парасуицид). По данным некоторых источников процент достигает 30%.

- Суицидальные угрозы, прямые или завуалированные.
- Тенденции к самоповреждению (аутоагрессия).
- Суициды в семье.

- Алкоголизм. Риск суицидов очень высок у больных употребляющих алкоголь. Это заболевание имеет отношение к 25-30% самоубийств; среди молодых людей его вклад может быть еще выше – до 50%. Длительное злоупотребление алкоголем способствует усилению депрессии, чувства вины и психической боли, которые, как известно, часто предшествуют суициду.

- Хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов, Наркотики и алкоголь представляют собой относительно летальную комбинацию. Они ослабляют мотивационный контроль над поведением человека, обостряют депрессию или даже вызывают психозы.

- Аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии (психопатологические синдромы).

- Хронические или смертельные болезни;

- Тяжелые утраты, например смерть супруга (родителя), особенно в течение первого года после потери.

- Семейные проблемы: уход из семьи или развод.

Специалисты, сталкивающиеся с этими факторами риска у детей и подростков, друзья и их семьи должны остерегаться упрощенного подхода к проблеме или чрезмерно быстрых заключений.

### **Суицидально опасность велика среди следующих групп:**

- Молодежь с нарушением межличностных отношений, «одиночки», злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие.

- Сверхкритичные к себе.

- Лица, страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат.

- Подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.

- Люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

### **Психические заболевания с потенциальной суицидальной опасностью:**

- депрессия;

- невроты, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой;

- маниакально-депрессивный психоз;

- шизофрения.

**Признаками эмоциональных нарушений, способствующих суицидальному поведению являются:**

- Потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней.
- Частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость).
- Необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду.
- Постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти.
- Ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие.
- Уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека-одиночку.
- Нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы.
- Погруженность в размышления о смерти.
- Отсутствие планов на будущее.
- Внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

### **Маркеры суицидальной готовности**

***Внешний вид и поведение:***

- Тоскливое выражение лица (скорбная мимика).
- Гипомимия.
- Амимия.
- Тихий монотонный голос.
- Замедленная речь.
- Краткость ответов.
- Отсутствие ответов.
- Ускоренная экспрессивная речь.
- Патетические интонации.
- Причитания.
- Склонность к нытью.
- Общая двигательная заторможенность.
- Бездеятельность, адинамия.
- Двигательное возбуждение.

***Эмоциональные нарушения:***

- Скука.
- Грусть.
- Уныние.
- Угнетенность.
- Мрачная угрюмость.
- Злобность.
- Раздражительность.
- Ворчливость.
- Брюзжание.
- Неприязненное, враждебное отношение к окружающим.
- Чувство ненависти к благополучию окружающих.
- Чувство физического недовольства.
- Безразличное отношение к себе, окружающим.

- Чувство бесчувствия.
- Тревога беспредметная (немотивированная).
- Тревога предметная (мотивированная).
- Ожидание непоправимой беды.
- Страх немотивированный.
- Страх мотивированный.
- Тоска как постоянный фон настроения.
- Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности.
- Углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг.

***Оценка собственной жизни:***

- Пессимистическая оценка своего прошлого.
- Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого.
- Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния.
- Отсутствие перспектив в будущем.

***Взаимодействие с окружающими:***

- Нелюдимость, избегание контактов с окружающими.
- Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью.
- Склонность к нытью.
- Капризность.
- Эгоцентрическая направленность на свои страдания.

***Вегетативные нарушения:***

- Слезливость.
- Расширение зрачков.
- Сухость во рту («симптомы сухого языка»).
- Тахикардия.
- Повышенное артериальное давление.
- Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха.
- Ощущение комка в горле.
- Головные боли.
- Бессонница.
- Повышенная сонливость.
- Нарушение ритма сна.
- Отсутствие чувства сна.
- Чувство физической тяжести, душевной боли в груди.
- То же в других частях тела (голове, эпигастрии, животе).
- Запоры.
- Снижение веса тела.
- Повышение веса тела.
- Снижение аппетита.
- Пища ощущается безвкусной.
- Снижение либидо.
- Нарушение менструального цикла (задержка).



### **Динамика состояния в течение суток:**

- Улучшения состояния к вечеру.
- Ухудшение состояния к вечеру.

Не существует какой-либо одной причины, из-за которой человек лишает себя жизни. Предрасполагающие факторы также различаются у разных людей, и не выявлено какого-то единого причинного фактора суицида.

### **Памятка для родителей об информационной безопасности детей**

*Колчанова Т.Г., заведующая отделением «телефон доверия» ГКУЗ «ККББ им. В.Х. Кандинского», главный психотерапевт-суицидолог Министерства здравоохранения Забайкальского края*

Определение термина «информационная безопасность детей» содержится в Федеральном законе № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», регулирующим отношения, связанные с защитой детей от информации, причиняющей вред их здоровью и (или) развитию. Согласно данному закону «информационная безопасность детей» — это состояние защищенности, при котором отсутствует риск, связанный с причинением информацией вреда их здоровью и (или) физическому, психическому, духовному, нравственному развитию.

В силу Федерального закона № 436-ФЗ информацией, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, является:

1. информация, запрещенная для распространения среди детей;
2. информация, распространение которой ограничено среди детей определенных возрастных категорий.
3. К информации, запрещенной для распространения среди детей, относится:
4. информация, побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в т.ч. причинению вреда своему здоровью, самоубийству;
5. способность вызвать у детей желание употребить наркотические средства, психотропные и (или) одурманивающие вещества, табачные изделия, алкогольную и спиртосодержащую продукцию, пиво и напитки, изготавливаемые на его основе; принять участие в азартных играх, заниматься проституцией, бродяжничеством или попрошайничеством;
6. обосновывающая или оправдывающая допустимость насилия и (или) жестокости либо побуждающая осуществлять насильственные действия по отношению к людям и животным;
7. отрицающая семейные ценности и формирующая неуважение к родителям и (или) другим членам семьи;
8. оправдывающая противоправное поведение;
9. содержащая нецензурную брань;
10. содержащая информацию порнографического характера.

К информации, распространение которой ограничено среди детей определенного возраста, относится:

1. информация, представляемая в виде изображения или описания жестокости, физического и (или) психического насилия, преступления или иного антиобщественного действия;
2. вызывающая у детей страх, ужас или панику, в т.ч. представляемая в виде изображения или описания в унижающей человеческое достоинство форме ненасильственной смерти, заболевания, самоубийства, несчастного случая, аварии или катастрофы и (или) их последствий;

3. представляемая в виде изображения или описания половых отношений между мужчиной и женщиной;
4. содержащая бранные слова и выражения, не относящиеся к нецензурной брани.

С учетом этого Вам предлагаются правила работы в сети Интернет для различных возрастных категорий, соблюдение которых позволит обеспечить информационную безопасность ваших детей.

Общие правила для родителей

1. Независимо от возраста ребенка используйте программное обеспечение, помогающее фильтровать и контролировать информацию, но не полагайтесь полностью на него. Ваше внимание к ребенку — главный метод защиты.
2. Если Ваш ребенок имеет аккаунт на одном из социальных сервисов (LiveJournal, blogs.mail.ru, vkontakte.ru и т.п.), внимательно изучите, какую информацию помещают его участники в своих профилях и блогах, включая фотографии и видео.
3. Проверьте, с какими другими сайтами связан социальный сервис Вашего ребенка. Странички Вашего ребенка могут быть безопасными, но могут и содержать ссылки на нежелательные и опасные сайты (например, порносайт, или сайт, на котором друг упоминает номер сотового телефона Вашего ребенка или Ваш домашний адрес)
4. Поощряйте Ваших детей сообщать обо всем странном или отталкивающим и не слишком остро реагируйте, когда они это делают (из-за опасения потерять доступ к Интернету дети не говорят родителям о проблемах, а также могут начать использовать Интернет вне дома и школы).
5. Будьте в курсе сетевой жизни Вашего ребенка. Интересуйтесь, кто их друзья в Интернет так же, как интересуетесь реальными друзьями.

Возраст от 7 до 8 лет

В Интернете ребенок старается посетить те или иные сайты, а возможно и чаты, разрешение на посещение которых он не получил бы от родителей. Поэтому родителям особенно полезны будут те отчеты, которые предоставляются программами по ограничению использования Интернета, т. е. Родительский контроль или то, что вы сможете увидеть во временных файлах. В результате, у ребенка не будет ощущения, что за ним ведется постоянный контроль, однако, родители будут по-прежнему знать, какие сайты посещает их ребенок. Дети в данном возрасте обладают сильным чувством семьи, они доверчивы и не сомневаются в авторитетах. Они любят играть в сетевые игры и путешествовать по Интернету, используя электронную почту, заходить на сайты и чаты, не рекомендованные родителями.

Советы по безопасности в сети Интернет для детей 7–8 лет

1. Создайте список домашних правил посещения Интернета при участии детей и требуйте его выполнения.
2. Требуйте от Вашего ребенка соблюдения временных норм нахождения за компьютером. Покажите ребенку, что Вы наблюдаете за ним не потому что Вам это хочется, а потому что Вы беспокоитесь о его безопасности и всегда готовы ему помочь.
3. Компьютер с подключением к Интернету должен находиться в общей комнате под присмотром родителей.
4. Используйте специальные детские поисковые машины.
5. Используйте средства блокирования нежелательного контента как дополнение к стандартному Родительскому контролю.
6. Создайте семейный электронный ящик, чтобы не позволить детям иметь собственные адреса.

7. Блокируйте доступ к сайтам с бесплатными почтовыми ящиками с помощью соответствующего программного обеспечения.
8. Приучите детей советоваться с Вами перед опубликованием какой-либо информации средствами электронной почты, чатов, регистрационных форм и профилей.
9. Научите детей не загружать файлы, программы или музыку без вашего согласия.
10. Не разрешайте детям использовать службы мгновенного обмена сообщениями.
11. В «белый» список сайтов, разрешенных для посещения, вносите только сайты с хорошей репутацией.
12. Не забывайте беседовать с детьми об их друзьях в Интернете, как если бы речь шла о друзьях в реальной жизни.
13. Не делайте «табу» из вопросов половой жизни, так как в Интернете дети могут легко наткнуться на порнографию или сайты «для взрослых».
14. Приучите Вашего ребенка сообщать вам о любых угрозах или тревогах, связанных с Интернетом. Оставайтесь спокойными и напомните детям, что они в безопасности, если сами рассказали вам о своих тревогах. Похвалите их и посоветуйте подойти еще раз в подобных случаях.

Возраст детей от 9 до 12 лет

В данном возрасте дети, как правило, уже слышали о том, какая информация существует в Интернете. Совершенно нормально, что они хотят это увидеть, прочесть, услышать. При этом нужно помнить, что доступ к нежелательным материалам можно легко заблокировать при помощи средств Родительского контроля.

Советы по безопасности для детей от 9 до 12 лет

1. Создайте список домашних правил посещения Интернет при участии детей и требуйте его выполнения.
2. Требуйте от Вашего ребенка соблюдения норм нахождения за компьютером.
3. Наблюдайте за ребенком при работе за компьютером, покажите ему, что Вы беспокоитесь о его безопасности и всегда готовы оказать ему помощь.
4. Компьютер с подключением в Интернет должен находиться в общей комнате под присмотром родителей.
5. Используйте средства блокирования нежелательного контента как дополнение к стандартному Родительскому контролю.
6. Не забывайте принимать непосредственное участие в жизни ребенка беседовать с детьми об их друзьях в Интернете.
7. Настаивайте, чтобы дети никогда не соглашались на личные встречи с друзьями по Интернету.
8. Позволяйте детям заходить только на сайты из «белого» списка, который создайте вместе с ними.
9. Приучите детей никогда не выдавать личную информацию средствами электронной почты, чатов, систем мгновенного обмена сообщениями, регистрационных форм, личных профилей и при регистрации на конкурсы в Интернете.
10. Приучите детей не загружать программы без Вашего разрешения. Объясните им, что они могут случайно загрузить вирусы или другое нежелательное программное обеспечение.
11. Создайте Вашему ребенку ограниченную учетную запись для работы на компьютере.
12. Приучите Вашего ребенка сообщать вам о любых угрозах или тревогах, связанных с Интернетом. Напомните детям, что они в безопасности, если сами рассказали вам о своих тревогах и опасениях.

13. Расскажите детям о порнографии в Интернете.
14. Настаивайте на том, чтобы дети предоставляли вам доступ к своей электронной почте, чтобы вы убедились, что они не общаются с незнакомцами.
15. Объясните детям, что нельзя использовать сеть для хулиганства, распространения сплетен или угроз.

#### Возраст детей от 13 до 17 лет

В этом возрасте подростки активно используют поисковые машины, пользуются электронной почтой, службами мгновенного обмена сообщениями, скачивают музыку и фильмы. Мальчикам в этом возрасте больше по нраву сметать все ограничения, они жаждут грубого юмора, азартных игр, картинок «для взрослых». Девочки предпочитают общаться в чатах, при этом они гораздо более чувствительны к сексуальным домогательствам в Интернете.

Зачастую в данном возрасте родителям уже весьма сложно контролировать своих детей, так как об Интернете они уже знают значительно больше своих родителей. Тем не менее, не отпускайте детей в «свободное плавание» по Интернету. Старайтесь активно участвовать в общении ребенка в Интернете.

Важно по-прежнему строго соблюдать правила интернет-безопасности — соглашение между родителями и детьми. Кроме того, необходимо как можно чаще просматривать отчеты о деятельности детей в Интернете. Следует обратить внимание на необходимость содержания родительских паролей (паролей администраторов) в строгом секрете и обратить внимание на строгость этих паролей.

#### Советы по безопасности в возрасте от 13 до 17 лет

1. Создайте список домашних правил посещения Интернета при участии подростков и требуйте безусловного его выполнения. Обговорите с ребенком список запрещенных сайтов («черный список»), часы работы в Интернете, руководство по общению в Интернете (в том числе в чатах).
2. Компьютер с подключением к сети Интернет должен находиться в общей комнате.
3. Не забывайте беседовать с детьми об их друзьях в Интернете, о том, чем они заняты таким образом, будто речь идет о друзьях в реальной жизни. Спрашивайте о людях, с которыми дети общаются посредством служб мгновенного обмена сообщениями, чтобы убедиться, что эти люди им знакомы.
4. Используйте средства блокирования нежелательного контента как дополнение к стандартному Родительскому контролю.
5. Необходимо знать, какими чатами пользуются Ваши дети. Поощряйте использование модерлируемых чатов и настаивайте, чтобы дети не общались в приватном режиме.
6. Настаивайте на том, чтобы дети никогда не встречались лично с друзьями из сети Интернет.
7. Приучите детей не выдавать свою личную информацию средствами электронной почты, чатов, систем мгновенного обмена сообщениями, регистрационных форм, личных профилей и при регистрации на конкурсы в Интернете.
8. Приучите детей не загружать программы без Вашего разрешения. Объясните им, что они могут случайно загрузить вирусы или другое нежелательное программное обеспечение.

9. Приучите Вашего ребенка сообщать вам о любых угрозах или тревогах, связанных с Интернетом. Напомните детям, что они в безопасности, если сами рассказали вам, о своих угрозах или тревогах. Похвалите их и посоветуйте подойти еще раз в подобных случаях.
10. Расскажите детям о порнографии в Интернете. Помогите им защититься от спама. Научите подростков не выдавать в Интернете своего реального электронного адреса, не отвечать на нежелательные письма и использовать специальные почтовые фильтры.
11. Приучите себя знакомиться с сайтами, которые посещают подростки.
12. Научите детей уважать других в Интернете. Убедитесь, что они знают о том, что правила хорошего поведения действуют везде — даже в виртуальном мире.
13. Объясните детям, что ни в коем случае нельзя использовать Сеть для хулиганства, распространения сплетен или угроз другим людям.
14. Обсудите с подростками проблемы сетевых азартных игр и их возможный риск. Напомните, что дети не могут играть в эти игры согласно закону.

Постоянно контролируйте использование Интернета Вашим ребенком! Это не нарушение его личного пространства, а мера предосторожности и проявление Вашей родительской ответственности и заботы.

### **Особенности девиантного поведения несовершеннолетних**

*Бояркина Ирина Александровна, заведующая отделением психолого-педагогической помощи ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

Отклоняющимся (девиантным) поведением принято называть социальное поведение, не соответствующее установившимся в данном обществе нормам (Невский И.А.). Известный социолог И.С. Кон уточняет определение девиантного поведения, рассматривая его как систему поступков, отклоняющихся от общепринятой или подразумеваемой нормы, будь то нормы психического здоровья, права, культуры и морали.

С.А. Беличева классифицирует социальные отклонения в девиантном поведении следующим образом:

**1. социальные отклонения корыстной ориентации:** правонарушения, проступки, связанные со стремлением получить материальную, денежную, имущественную выгоду (хищения, кражи, спекуляция, протекция, мошенничество и др.);

**2. агрессивные ориентации:** действия, направленные против личности (оскорбление, хулиганство, побои, убийства, изнасилования);

**3. социально-пассивного типа ориентации:** стремление уйти от активного образа жизни, уклониться от гражданских обязанностей, нежелание решать личные и социальные проблемы (уклонение от работы, учебы, бродяжничество, алкоголизм, наркомания, токсикомания, суицид). Таким образом, асоциальное поведение, различающееся и содержанием, и целевой направленностью, может проявляться в различных социальных отклонениях: от нарушений норм морали до правонарушений и преступлений. Асоциальные проявления выражаются не только во внешней поведенческой стороне, но и в деформации внутренней регуляции поведения: социальных нравственных ориентации и представлений.

Девиантная подростковая среда создает свою субкультуру, со своими обычаями, нормами, речевой культурой, со своими ценностями как регуляторами социального поведения и интересами. В таких группах объединяющим стержнем является образ жизни. Это воплощается в одежде, манерах поведения, жаргоне, увлечениях. Наиболее яркими особенностями подростковых девиаций выступают:

- высокая аффективная заряженность поведенческих реакций;

- импульсивный характер реагирования на фрустрирующую ситуацию;
- кратковременность реакций с критическим выходом;
- низкий уровень стимуляции;
- высокий уровень готовности к девиантным действиям.

Девиантное поведение имеет сложную природу, обусловленную самыми разнообразными причинами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии.

Известно, что в человеческом поведении сочетаются компоненты различного уровня: биологические, психологические и социальные. В зависимости от того, какому из них в рамках той или иной теории придается главное значение, определяются и основные причины этого поведения.

1. *Биологические факторы* выражаются в существовании неблагоприятных физиологических или анатомических особенностей организма, затрудняющих его социальную адаптацию. В целом биологические концепции девиантного поведения мало популярны в современном научном мире.

2. *Психологические факторы*, в которые включаются наличие у ребенка психопатологии или акцентуации отдельных черт характера. Эти отклонения выражаются в нервно-психических заболеваниях, психопатии, неврастении, пограничных состояниях, повышающих возбудимость нервной системы и обуславливающих неадекватные реакции подростка.

Дети с акцентуированными чертами характера, что является крайним вариантом психической нормы, чрезвычайно уязвимы для различных психологических воздействий и нуждаются, как правило, в социально-медицинской реабилитации наряду с мерами воспитательного характера.

3. *Социально-педагогические факторы* выражаются в дефектах школьного, семейного или общественного воспитания, в основе которых лежат половозрастные и индивидуальные особенности развития детей. Они могут привести к отклонениям в ранней социализации ребенка в период детства с накоплением негативного опыта. К социально-педагогическим факторам относят также стойкую школьную неуспеваемость ребенка с разрывом связей со школой – педагогическую запущенность, ведущую к несформированности у подростка познавательных мотивов, интересов и школьных навыков.

Важным фактором отклонений в психосоциальном развитии ребенка является неблагополучие семьи. Выделяют следующие стили семейных взаимоотношений, ведущих к формированию асоциального поведения несовершеннолетних:

- дисгармоничный стиль воспитательных и внутрисемейных отношений, сочетающий в себе, с одной стороны, потворство желаниям ребенка, гиперопеку, а с другой – провоцирование ребенка на конфликтные ситуации; или характеризующийся утверждением в семье двойной морали: для семьи – одни правила поведения, для общества – совершенно другие;
- нестабильный, конфликтный стиль воспитательных влияний в неполной семье, в ситуации развода, длительного раздельного проживания детей и родителей;
- социальный стиль отношений в дезорганизованной семье с систематическим употреблением алкоголя, наркотиков, аморальным образом жизни, криминальным поведением родителей

4. *Социально-экономические факторы* включают социальное неравенство; расслоение общества на богатых и бедных; обнищание значительной массы населения, ограничение социально приемлемых способов получения достойного заработка; безработицу; инфляцию.

5. *Морально-этические факторы* проявляются, с одной стороны, в низком морально-нравственном уровне современного общества, разрушении ценностей, падении

нравов; с другой – в нейтральном отношении общества к проявлениям девиантного поведения.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей (Ю.А. Клейберг, 2001).

Делинквентное поведение – разновидность криминального поведения человека – отклоняющееся поведение в крайних своих проявлениях, представляющее уголовно-правовое деяние. Правонарушения делятся на преступления и проступки. Суть проступка в том, что он не представляет никакой общественной опасности и отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия, а также степенью осознания индивидом своих противоправных поступков и действий.

Аддиктивное поведение – один из типов девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских). Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение неудовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное» (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, 1990).

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся расстройства личности (психопатии) и акцентуации характера. Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он руководствуется существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». К данному типу девиации относятся: эмоционально – неустойчивые расстройства личности, истерические психопатии,

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах, являющихся проявлениями тех или иных психических расстройств и заболеваний.

Разновидностью патохарактерологического, психопатологического, аддиктивного типов девиантного поведения является саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся аддикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, психопатологические симптомы и синдромы.

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (К.К.Платонов). Выходящего за рамки обычного, нормального рассматривают человека, способности которого значительно и существенно превышают среднестатистические способности. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождаются девиациями в обыденной жизни. Мы сталкиваемся с игнорированием реальности.

#### **Характерные поведенческие реакции подростков:**

1. Реакция оппозиции вызывается завышенными требованиями, ограничениями, непониманием со стороны взрослых. В пассивной форме - отказ от еды, прогулы занятий, побег из дома; в активной форме - грубость, агрессивность, демонстративные попытки самоубийства и т.д.
2. Реакция имитации (подражание).
3. Реакция компенсации - восполнением неудач в одной области подчеркнутым успехом в другой (неудача в учебе - но смелое поведение).

4. Реакция гиперкомпенсации - настойчивое стремление к успеху в наиболее трудной для себя области деятельности (чувствительный застенчивый подросток выбирает мужественный вид спорта - каратэ, бокс).
5. Реакция эмансипации - стремление освободиться от навязчивой опеки старших.
6. Реакция группировки - объединение в группы сверстников.
7. Реакции, обусловленные формированием сексуальных влечений: онанизм, ранняя половая жизнь.
8. Реакция увлечения (поп-музыка, мотоцикл, мода и т.д.).

**Агрессивное поведение подростков подразделяется специалистами на две группы:**

1. Несоциализированные формы агрессивного поведения, которые не носят враждебного характера и не имеют своей целью причинение ущерба другому человеку.
2. Социализированные формы агрессивного поведения, характеризующиеся враждебностью и имеющие своей целью причинение ущерба или боли другому человеку. Мотивы собственного поведения могут осознаваться подростком, но чаще совершение агрессивных поступков побуждается и поддерживается бессознательными тенденциями. Психологической целью агрессии может быть как причинение страдания и вреда жертве, так и достижение иных результатов. Наиболее распространенными целями агрессивного поведения могут быть:
  - причинение боли жертве;
  - месть за перенесенное страдание;
  - причинение ущерба;
  - доминирование, власть над другим человеком;
  - получение материальных благ;
  - аффективная разрядка, разрешение внутриличностного конфликта;
  - самоутверждение, повышение самооценки, сохранение самоуважения;
  - защита от реальной или воображаемой угрозы и страдания;
  - отстаивание личностной автономии и свободы;
  - завоевание авторитета в группе сверстников;
  - удаление препятствий на пути к удовлетворению потребностей
  - привлечение внимания.

Специфической особенностью агрессивного поведения в подростковом возрасте является зависимость подростка от группы сверстников на фоне крушения авторитета взрослых. В этом возрасте умение быть агрессивным друзьями часто воспринимается как наличие силы. Любая подростковая группа имеет свои ритуалы и мифы, поддерживаемые лидером. Например, широко распространены ритуалы посвящения в члены группы или испытания новичков. Ритуалы усиливают чувство принадлежности к группе и дают подросткам ощущение безопасности, а мифы становятся идейной основой ее жизнедеятельности. Последние широко используются группой для оправдания ее внутригрупповой и внешней агрессии. Насилие, «одухотворенное» групповым мифом, переживается подростками как утверждение своей силы, как героизм и преданность группе.

В отдельных случаях инициаторами агрессивного поведения могут быть отдельные подростки-аутсайдеры, дезадаптированные в силу различных причин и предпринимающие попытки самоутвердиться с помощью агрессии. Проявление агрессивности определяется статусом подростка в группе. Наиболее высокий уровень агрессии наблюдается у лидеров и «отверженных». Лидеры с помощью агрессивных действий укрепляют свое первенство, а отверженные группой посредством агрессии показывают неудовлетворенность своим положением.

Уровень вовлеченности в противоправную деятельность зависит от многих личностных особенностей подростка и от семейных установок и микроклимата, в котором он



воспитывается, от уровня терпимости социума, от законодательной базы, предусматривающей ответственность несовершеннолетних за правонарушения.

**По детерминации поведения можно выделить несколько групп агрессивнo-девиантных подростков:**

1. Ситуативный нарушитель. Противоправные действия преимущественно спровоцированы ситуацией.
2. Субкультурный нарушитель. Идентифицирует себя с групповыми антисоциальными ценностями.
3. Невротический нарушитель. Асоциальные действия выступают следствием внутриличностного конфликта и тревоги.
4. «Органический» нарушитель. Совершает противоправные действия вследствие мозговых повреждений с преобладанием импульсивности, интеллектуальной недостаточности и эффективности.
5. Психотический нарушитель. Девиантные действия возникают по причине тяжелого психического расстройства, психоза, помрачения сознания.
6. Антисоциальная личность. Антиобщественные действия вызваны специфическим сочетанием личностных черт - враждебностью, недоразвитостью высших чувств, неспособностью к близким доверительным отношениям.

Таким образом, агрессивное поведение подростков является не однородным феноменом, а имеет различные внутренние и внешние причины и зависит от возрастных особенностей, индивидуальных целей, причин, обуславливающих его возникновение.

Исследования, проводимые во многих регионах России, показывают, что ярко выраженные девиации в поведении наблюдаются у несовершеннолетних, находящихся на воспитании в интернатных учебных учреждениях и детских домах. В почти 90 процентах случаев несовершеннолетние правонарушители являлись социальными сиротами, воспитывающимися в семьях группы риска, ведущих аморальный и асоциальный образ жизни, в семьях, где родители уклонялись от своих обязанностей по воспитанию детей, жестоко обращались с ними, употребляли алкоголь и наркотики, где дети с самого раннего возраста были предоставлены сами себе и познали тяготы взрослой жизни.

Наблюдения и исследования показывают, насколько тяжелы аномалии развития личности детей, оставшихся без родительской любви и ласки в раннем детстве. По данным российских исследователей, эти дети регулярно «пополняют» преступный мир: 40 процентов воспитанников учреждений интернатного воспитания склонны к совершению преступлений, 40 процентов - уже совершили их, 10 процентов склонны к суициду и только 10 процентов имеют позитивную мотивацию на будущую жизнь.

К особой группе можно отнести подростков с риском суицида. Саморазрушительное поведение рассматривается как акт отчаяния, неспособность дальше руководить своей жизнью. Подростковый суицид в основных чертах повторяет взрослый, но вместе с тем имеет свою специфику, обусловленную возрастными особенностями. Подростковый суицид часто подражателен, имеет черты героического или романтического поведения с элементами игры и демонстрации.

В процессе выявления девиаций важно соблюдать следующие принципы:

- *принцип предупреждения* (выявление «группы риска» и организация профилактических мероприятий);
- *принцип системности* (последовательная планомерная работа);
- *принцип взаимодействия* (осуществляется взаимодействие администрации, педагогов, медицинского и социального работника, психолога).

Корректирование отклоняющегося поведения современного «трудного» подростка возможно. Необходимо разбираться не только в сущности происходящих общественных процессов, но и знать норму и патологического поведения, психологические факторы

трудновоспитуемости, формы проявлений нарушения поведения возрастные особенности психики, основные причины появления «трудных» детей и подростков.

Данную работу необходимо проводить с учетом характерологических особенностей подростка, с учетом ведущего «радикала» характера. В беседе с подростками возбудимого и злопамятного склада личности, необходимо обращать их внимание на социально-положительные черты характера (бережливость, аккуратность, внимание к своему здоровью), подчеркивая, что именно это поможет способствовать их жизненному благополучию (уважение окружающих, долголетие, хорошо оплачиваемая работа). Построение бесед с подростками в таком плане окажется эффективным, так как именно эти проблемы наиболее важны для людей такого склада характера. Следует также помнить, что свойственная им эмоциональная неустойчивость, склонность к фиксации отрицательных переживаний приводят к тяжелым конфликтным ситуациям и противоправным действиям. В результате они оказываются в социальной изоляции.

Для подростков с недостаточной устойчивой центральной нервной системой характерны: эмоциональная взрывчатость, неумение управлять собой в конфликтных ситуациях, что часто ведет к правонарушениям. Указывая на эти личностные особенности, следует ориентировать подростка на избежание конфликтных ситуаций, напоминая, что такие ситуации являются наиболее опасными для них. Существенным для подростков первой и второй групп может оказаться и медикаментозное лечение успокаивающими препаратами, которые может назначить только детский и подростковый врач-психиатр.

Внимание в работе с неустойчивыми в поведении подростками должно быть направлено на организацию постоянного контроля за учебными и другими видами их деятельности.

Обращение к морально-этическим ценностям далеко не всегда приводят к положительным результатам – таких подростков почти невозможно переубедить, но можно принудить. Только создание четкой и постоянной системы наблюдения за подростком приведет к улучшению поведения. Требовательное, порой даже жесткое руководство таким подростком переносится им достаточно спокойно, без возникновения характерологических реакций активного протеста.

В беседах с подростками, отличающимися жадой любой деятельности, следует помнить, что они чаще всего являются лидерами и организаторами группы. Направляя подростков на социально-одобряемые формы проявления активности (а именно эта потребность наиболее типична для таких подростков), необходимо показать, что только отказ от противоправного поведения может обеспечить разумную реализацию их кипучей энергии.

Учитывая чрезмерный эгоцентризм и жажду признания у демонстративных подростков, им следует разъяснить, что удовлетворение этих желаний возможно, например, при занятиях творчеством. Важно показать, что окружающие понимают внутренние причины отклоняющегося поведения (желание быть неординарным, необычным). В беседе целесообразно не оказывать «грубого» давления, а использовать живые, яркие примеры, образные сравнения. А в некоторых случаях можно и несколько преувеличивать тяжесть последующего наказания, учитывая трусливость субъектов.

Реабилитационная и коррекционная работа с подростками «необщительного» типа (замкнутые) связана со значительными трудностями, так как эти подростки малообщительны, формальны в беседах, не допускают вмешательства в свой внутренний мир. В беседах с такими подростками недопустимо грубое воздействие, которое часто приводит к активным выражениям протеста. Часто оказывается целесообразной смена воспитателя, педагога, инспектора, так как без эмоционального контакта результаты будут минимальны. В таких случаях необходимо действовать через лиц, которым симпатизируют подростки этого типа.

Система профилактики девиантного поведения несовершеннолетних в современных условиях должна учитывать имеющийся положительный опыт и вместе с тем новые требования общества. Она должна характеризоваться:

а) сочетанием государственных и общественных начал, сил и ресурсов в этой деятельности;

б) сочетанием четырех задач: воздействие на личность, среду, деятельность субъектов воспитания и профилактики, общественное мнение;

в) специализацией информационного фонда, методики, организационных форм и управления, кадров и ресурсов;

г) распределением функций между отдельными участниками профилактической деятельности с тем, чтобы противодействовать дублированию;

д) определением сферы применения мер воспитания, обеспечения нормальных жизненных условий, социальной помощи и собственно профилактики, включая правовые ее формы;

е) переходом в случае необходимости от преимущественно общевоспитательных к правовым мерам воздействия, обеспечения достаточности и своевременности этого воздействия.

В основе системы профилактики должны лежать законность, справедливость, демократизм, взаимодействие на уровне страны, субъекта федерации, местного самоуправления и между этими уровнями, специализированная законодательная база. Задачи профилактики не тождественны общим задачам воспитания. Воспитание и профилактика - взаимодействующие, но не тождественные сферы; поэтому, в частности, нельзя ожидать от образовательных учреждений решения общевоспитательными средствами задач, которые требуют специализированных средств

Профилактика девиантного поведения несовершеннолетних, как непрерывно действующая система, имеет следующие основные этапы: этап ранней профилактики, этап непосредственной профилактики, этап профилактики предпреступного поведения, характеризующиеся задачами:

а) оздоровить среду и оказать помощь несовершеннолетним, оказавшимся в неблагоприятных условиях жизни и воспитания, еще до того, как отрицательное действие этих условий существенно скажется на поведении таких лиц (этап ранней профилактики);

б) не допустить переход на преступный путь и обеспечить исправление лиц со значительной уже степенью дезадаптации, совершающих правонарушения непроступного характера (этап непосредственной профилактики);

в) не допустить переход на преступный путь и создать условия для исправления лиц, систематически совершающих правонарушения, характер и интенсивность которых указывают на вероятность совершения преступления в ближайшем будущем (этап профилактики предпреступного поведения).

Способами профилактики являются

1. Обеспечение эффективного участия семьи. Оно связано с развитием помощи семьям, воспитывающим подростков в условиях ниже прожиточного минимума, в условиях отсутствия одного из родителей, болезни или продолжительного отсутствия родителей по характеру работы; защиты семей с подростками от материальных и моральных последствий безработицы родителей или вынужденной смены мест работы; формированием в условиях, когда многие семьи растерялись, потеряли четкие представления о месте и задачах семьи в воспитании подростков, знаний прав и обязанностей в этой сфере, способов их осуществления, возможностей получения помощи от государственных органов, органов местного самоуправления и общественности в случаях, когда надо защитить права подростков или пресечь негативное влияние на них

2. Существенное значение имеет эффективная помощь в создании жизненной перспективы для подростков с физическими и психическими аномалиями. Поскольку

вероятность девиантного поведения у них в 4-5 раз выше, чем в среднем у несовершеннолетних, из-за неадаптированности в нормальной среде, расширение сети учреждений, социальной, медицинской и психологической их адаптации, как и консультационной помощи семье, имеющей таких подростков, относится к числу первоочередных задач

3. Совершенствование деятельности образовательных учреждений. Это связано с предложениями по восстановлению роли школы в жизни подростков на основе педагогики диалога и сотрудничества, совместной деятельности с семьей, качественного повышения квалификации, культурного и нравственного уровня педагогов и создания для них материальных условий и психологической атмосферы, которые стимулировали бы их закрепление в школе и реализацию воспитательного потенциала образовательного учреждения

4. Деятельность органов, способствующих трудоустройству подростков, не продолжающих учебы, и их трудовой адаптации. В современных условиях особенно важно обеспечить сохранение преимуществ в приеме на работу подростков, особого порядка их увольнения (исключения из образовательных учреждений); сохранение специальных должностных лиц по работе с подростками на предприятии, а также материального и морального поощрения наставничества

5. Деятельность учреждений, организующих досуг несовершеннолетних с выделением специальных задач в отношении подростков из неблагополучных семей, других групп риска. В настоящее время наиболее актуальны мероприятия, которые должны возобновить деятельность сети клубных (культурно-воспитательных, спортивных) учреждений для несовершеннолетних. Одновременно через благотворительность, добровольные фонды, общественные организации, через источники финансирования в виде местных налогов, отчислений от квартирной и арендной платы необходимо развернуть организацию новых учреждений этого типа. Особенно велика здесь роль органов местного самоуправления, наделенных широкими полномочиями. С учетом того, что места формирования группировок несовершеннолетних по месту жительства - это микрорайоны с особо низким уровнем культуры и возможностей досуга молодежи, перечисленные выше мероприятия еще более актуализируются в качестве социальной основы профилактики.

6. Развитие службы социальной защиты и помощи семье и несовершеннолетним. Закон «Об основах социального обслуживания» выделяет в качестве одного из приоритетных направлений деятельности социальной службы помощь, поддержку, защиту несовершеннолетних в трудной жизненной ситуации, связанной с сиротством, безнадзорностью, малообеспеченностью, конфликтами и жестоким обращением в семье, отсутствием постоянного места жительства. В этой связи в перечне учреждений социального обслуживания предусматриваются территориальные центры социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей, социальные приюты, детские дома-интернаты для детей с физическими недостатками и умственно-отсталых и т.д.

7. Участие добровольных фондов, общественных организаций, общественных объединений и движений. Зарубежный опыт свидетельствует о том, что социальная защита семьи и несовершеннолетних, поддержка и помощь детям из групп риска в значительной степени может осуществляться (включая подготовку и оплату кадров социальных работников) на базе этих организаций и объединений. К числу мер ранней профилактики относятся: вовлечение родителей в педагогический всеобуч; устройство детей в интернат, группу продленного дня, назначение шефа; материальная помощь из средств социальной службы; беседа о правах и обязанностях родителей; рассмотрение компетентными органами материалов о ненадлежащем выполнении родительских

обязанностей; направление на лечение и т.д. Выявление семей, нуждающихся в помощи, и семей, в отношении которых необходимо принять меры воздействия в целях обеспечения нормальной обстановки, осуществляют органы социальной защиты и помощи семье и несовершеннолетним во взаимодействии с образовательными учреждениями и общественными объединениями(26, с. 32).

Таким образом, ранняя профилактика осуществляется и с помощью некоторых запретительных и ограничительных мер (например, запрет порнографических фильмов и печатных произведений, продажи алкогольных напитков детям и подросткам), а также с помощью правовой и педагогической пропаганды.

Организация и практическая реализация модели диагностики, профилактики и коррекции девиантного поведения подростков на основе деятельностного подхода предполагает соблюдения основных принципов, к числу которых следует отнести:

- принцип позитивного отношения к жизни – заключается в позитивном восприятии ценностей основ социального поведения;
- принцип соответствия требованиям социальной среды – содержание и организация методов формирования основ социального поведения подростков строится с опорой на положительные проявления его деятельности;
- принцип компенсации – заключается в предоставлении подросткам возможности участия в различных видах социальной деятельности;
- принцип контроля – заключается в проведении социального мониторинга.

### **Кризисная работа с семьей**

*Бояркина Ирина Александровна, заведующая отделением психолого-педагогической помощи ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

Семья для ребенка является первым и главным институтом социализации, в котором он получает условия для воспитания, развития, а так же саморазвития. Семья дает ребенку первый опыт социального взаимодействия, открывает для себя мир человеческих отношений, становится субъектом самовоспитания.

Согласно социально-педагогическому подходу, семьи классифицируют:

- по структуре (полная, неполная);
- по материальной обеспеченности (с очень высоким материальным достатком; с высоким материальным достатком; со средним материальным достатком; с низким материальным достатком или малообеспеченная, семья, находится за чертой бедности);
- по месту жительства (городская, сельская);
- по семейному положению;
- по количеству и наличием неродных детей (бездетная, малодетная, многодетная);
- по качеству семейных отношений (опека, приемная, благополучная, неблагополучная - конфликтная, аморальная) и т.д.

В настоящее время можно говорить об условном делении семей на благополучные и неблагополучные. В благополучных семьях обеспечен требуемый минимум материального обеспечения, социальной защиты, обеспечиваются соответствующие условия для социализации детей до достижения ими психологической и физической зрелости.

Соответственно в неблагополучных семьях ее члены не справляются со своими функциями в какой-то одной сфере жизнедеятельности или же в нескольких одновременно, а так же обладают низким социальным статусом. Члены неблагополучной семьи обладают низкими адаптивными способностями, воспитание ребенка в такой семье соотнесено с большими трудностями и низкой результативностью. Дети из неблагополучных семей зачастую испытывают дискомфорт, стресс, пренебрежительное отношение со стороны родителей, могут, подвергаться насилию и жестокому обращению.

Главной отличительной чертой такой семьи является отсутствие любви к ребенку, о нем не заботятся, не удовлетворяют базовые нужды, не защищают его права и законные интересы.

Неблагополучные семьи, в свою очередь, можно разделить на следующие группы:

1. Конфликтные семьи или семьи группы риска. В таких семьях выполняются основные функции, но они имеют один или несколько факторов риска, которые при неблагоприятных условиях могут создать в семье проблемную ситуацию. Во взаимоотношениях супругов и детей есть сферы, в которых интересы, потребности, намерения и желания членов семьи приходят в столкновение, порождая сильные и продолжительные отрицательные эмоциональные состояния. Брак может длительно сохраняться благодаря взаимным уступкам и компромиссам, а также другим скрепляющим его факторам.

2. Кризисные семьи. В таких семьях, происходит переживание внешнего или внутреннего кризиса, к таким кризисам могут относиться: изменение состава семьи, взросление детей, развод, болезнь, смерть кого-либо из членов семьи, утрата работы, жилья, документов, средств к существованию и т.д. Взаимоотношения в такой семье характеризуются противостоянием интересов и потребностей членов семьи, который носит особо резкий характер и захватывает важные сферы жизнедеятельности семьи. Члены семьи могут занимать непримиримые, и даже враждебные позиции по отношению друг к другу, не соглашаясь ни на какие уступки или компромиссные решения. Кризисные браки распадаются или находятся на грани распада.

3. Проблемные семьи. Семьи, функционирование которых нарушено из-за педагогической несостоятельности родителей. Признаками асоциальной семьи является наличие таких проблем как алкоголизм, пренебрежение нуждами детей. При этом, однако, детско-родительские отношения полностью не разорваны (например, дети пытаются скрывать пьянство родителей, берут на себя ответственность за обеспечение семьи, уход за младшими детьми, продолжают учиться в школе). Для них характерно появление особо трудных ситуаций, способных привести к распаду брака. Например, отсутствие жилья, тяжелая и продолжительная болезнь одного из супругов, отсутствие средств на содержание семьи, осуждение за уголовное преступление на длительный срок и целый ряд других, чрезвычайных жизненных обстоятельств. В современной России это наиболее распространенная категория семей, для определенной части которых вероятны перспективы обострения семейных взаимоотношений или появление тяжелых психических расстройств у членов семьи.

4. Аморальная семья. Семья, полностью утратившая семейные ценности, характеризующаяся алкоголизмом, наркоманией, жестоким обращением с детьми, не занимающаяся воспитанием и обучением детей, не обеспечивающая необходимых безопасных условий жизни. Дети в такой семье, как правило, не учатся, являются жертвами насилия, уходят из дома. Крайняя степень семейной дисфункции наблюдается в антисоциальных семьях. Они характеризуются противоправным, антиобщественным поведением, несоблюдением моральных, нравственных норм в отношении наименее защищенных членов семьи, нарушением экономических прав ближних. Это семьи, ведущие паразитический образ жизни, зачастую за счет принуждения детей к воровству, попрошайничеству и проституции.

120 Федеральный закон устанавливает основы правового регулирования отношений, возникающих в связи с деятельностью по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. В законе используется понятие «социально опасное положение», которое определяется как совокупность факторов и условий, вызывающих неблагоприятное социальное положение семьи или гражданина, внутрисемейные конфликты, противоправное поведение родителей или иных законных представителей несовершеннолетних, неисполнение ими своих обязанностей по

воспитанию детей, их обучению и (или) содержанию, жестокое обращение с детьми. В данном законе определяется порядок организации межведомственного взаимодействия в работе с несовершеннолетними и их семьями, находящимися в социально опасном положении.

Согласно существующему законодательству, орган управления социальной защитой населения занимается вопросами выявления несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, а также выявлением семей, находящихся в социально опасном положении. Дальнейшая работа с ними ведется в соответствии с **Федеральным законом «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г.**

**Все вышеперечисленные группы семей относятся к семьям, находящимся в обстоятельствах, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании.** Гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:

1) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;

2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;

3) наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;

4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;

5) наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;

6) отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

7) отсутствие работы и средств к существованию;

8) наличие иных обстоятельств, которые нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан.

Профессиональная помощь неблагополучным семьям зависит от глубины проблем, с которыми столкнулась семья. **Работа с семьями группы риска или с конфликтными семьями заключается в проведении профилактических мероприятий. Целью данной работы будет являться предупреждение появления проблем.** Работа же проблемными, кризисными семьями и антисоциальными семьями заключается в оказании им защитных или реабилитационных услуг. **Целью работы с такими семьями будет решение их проблем.**

Корчагина Ю.В. выделяет следующие трудности, которые возникают у специалистов при работе с «трудной» семьей:

- **закрытость неблагополучной семьи.** Чем глубже степень семейного неблагополучия, тем более закрытой для внешнего мира она становится, тем сильнее нарушено поведение детей, тем труднее оказывать помощь такой семье, особенно в условиях образовательного учреждения.

Задача осложняется еще и тем, что родители из семей с тяжелой степенью неблагополучия неохотно вступают в контакт со специалистами, могут игнорировать или демонстрировать открытую враждебность в ответ на их попытки помочь.

Демонстрируемые враждебность и агрессивность – это постоянные спутники семьи (нередко на протяжении многих поколений), это привычные защитные реакции, помогающие выживать в осуждающем, «враждебном» для них мире.

- **отсутствие команды.** Через какое-то время количество специалистов, пытающихся работать с такой семьей, становится очень большим: это могут быть специалисты школьной социально-психологической службы, Комиссии по делам несовершеннолетних, милиции, органов опеки и попечительства, психологи (а порой и психиатры) окружных медицинских, психологических и социальных центров. Но, к сожалению, чаще всего большое количество специалистов из разных учреждений так и не становится сплоченной командой, работающей под руководством куратора («менеджера случая»), который помогает провести анализ, правильно поставить цели, определить ресурсы, привлечь необходимых специалистов, скоординировать усилия, четко поставить задачи, проконтролировать выполнение, провести супервизию, оценить результаты, скорректировать программу.

Сюда же можно добавить личностные особенности родителей в таких семьях: негативный детский опыт самих родителей, связанный с дефицитом тепла и заботы, конфликтные отношения, злоупотребление алкоголем в семьях, где они воспитывались, пережитое физическое и эмоциональное насилие и т.д.; низкий уровень социальной адаптации родителей.

Цель работы с кризисными семьями - создание благоприятных условий для личностного развития членов семьи (физического, социального, духовно-нравственного, интеллектуального), оказание комплексной социально-психологической помощи, а также защита ребёнка в его жизненном пространстве.

Возможные виды помощи поддержки семьи зависят от характеристики проблемы.

1. Семья, где злоупотребляет алкоголем оба или один из родителей:

- ребенок тяжело переживает алкоголизм родителя.
- испытывает чувство стыда и страха, иногда приходит в школу не выспавшийся, не подготовленный к занятиям, стал сторониться сверстников, испытывать трудности в общении. Часто имеет неопрятный внешний вид.
- родители не уделяют должного внимания детям в связи с другими приоритетами.
- родители не готовы нести ответственность за благополучие своих детей.
- антисоциальный образ жизни родителей отрицательно сказывается на жизни ребенка.

С целью оказания помощи необходимо:

1. Провести диагностическую беседу с родителями с целью выяснения осознания проблемы семьи и готовности принятия помощи и поддержки.
2. Осуществить наблюдение за поведением ребенком.
3. Провести консультации психолога с родителями и с ребенком, оказать медицинскую помощь.
4. Вовлечь ребенка в систему дополнительного образования и воспитания. При необходимости, дополнительная помощь ребенку со стороны учителей.
5. Привлечь здорового члена семьи и ребенка к занятиям в детско-родительской группе.
6. Провести индивидуальную работу с каждым из родителей по изменению отношений в семье. При асоциальном поведении ребенка (агрессивность, депрессивность, суицидальность и т.п.) - обследование у детского психиатра.
7. При не усвоении школьной программы направление ребенка на ПМПК.

2. Семьи, где психически больны родители:

- дети не имеют должного ухода, не владеют санитарно-бытовыми навыками, не имеют необходимых школьных принадлежностей
- недостаток средств в семье или распределение этих средств не по назначению.



- дети могут быть подвержены физическому и психическому насилию. В школе, в классном коллективе, дети изолированные, изгой.
- дети имеют психические нарушения (врожденные или приобретенные в процессе воспитания).

С целью оказания помощи необходимо:

1. Провести диагностическую беседу с родителями с целью выяснения осознания проблемы семьи и готовности принятия помощи и поддержки.
2. Оказать медицинскую помощь родителям и, по необходимости, детям.
3. Организовать бесплатное питание для детей, адресную гуманитарную помощь семье.
4. Организовать коррекционную работу педагогов, психологов, социальных педагогов с детьми.
5. Организовать досуг детей (привлечение в различные кружки, секции и т.д.).
6. Осуществлять социальное сопровождение семьи специалистами социальных служб города, социальными педагогами учреждений образования, которые посещают дети

3. Семьи, имеющие ребенка-инвалида.

- психологические проблемы у родителей. Недостаток общения между родителем и ребенком. Родители и ребенок замкнуты в себе, подавлены, раздражительны, бывают нервные срывы;
- недостаток средств к существованию;
- ребенок не получает необходимого лечения, полноценного питания из-за отсутствия средств; не имеет необходимых вспомогательных средств (инвалидной коляски, различных приспособлений и т.д.)

С целью оказания помощи необходимо:

1. Провести диагностическую беседу с родителями для выяснения осознания проблемы семьи и готовности принятия помощи и поддержки.
2. Консультации психолога для родителей и, по необходимости, для ребенка.
3. Провести медицинское обследование ребенка и родителей для дальнейшей реабилитации.
4. Оказать необходимую медицинскую помощь.
5. Оказать гуманитарную помощь, поставить семью на социальный патронаж;
6. Вовлечь родителей в общественные организации (общество родителей детей-инвалидов и т.д.).
7. Организовать досуг ребенка-инвалида (посещение волонтерами, руководителями кружков и т.д.)

4. Семья с резко выраженными внутрисемейными конфликтами и семьи, склонные к применению насилия; семьи в состоянии развода или после него:

- психологические проблемы у родителей и детей, недостаток общения между родителями и ребенком, отсутствие близости и понимания у родителей и детей.
- ребенок подавлен, замкнут или, наоборот, гиперактивен раздражителен, часто бывают нервные срывы. Внешне может иметь признаки насилия, такие как синяки, ссадины. Часто такие дети бывают агрессивны.

С целью оказания помощи необходимо:

1. Провести диагностическую беседу с родителями для выяснения осознания проблемы семьи и готовности принятия помощи и поддержки, консультации психолога для родителей и, по необходимости, для ребенка.
2. Провести медицинское обследование ребенка и родителей для дальнейшей реабилитации.
3. Оказать необходимую медицинскую помощь.
4. Провести юридическое консультирование, организовать помощь и поддержку со стороны заинтересованных общественных структур.
5. Осуществить коррекционную работу педагогов, психологов, социальных педагогов с детьми.

6. Привлечь одного из родителей и ребенка к участию в психотерапевтических группах помощи и самопомощи.

7. Привлечь ребенка в кружки и другим занятиям по интересам.

8. Организовать помощь ребенку со стороны его окружения. Посредством привлечения родителей к семинарам по вопросам психологии детей, перенесших травму

5. Семья с недостаточной психолого-педагогической грамотностью родителей:

- психологические проблемы у родителей и детей, недостаток общения между родителями и ребенком, отсутствие близости и понимания у родителей и детей;

- ребенок подавлен, замкнут или, наоборот, гиперактивен, раздражителен, часто бывают нервные срывы. Внешне может иметь признаки насилия: синяки, ссадины.

- наблюдения и консультации учителя, психолога, социального педагога.

С целью оказания помощи необходимо:

1. Организовать помощь психотерапевта семье и детям.

2. Провести семинары и беседы на темы воспитания, просмотр видеоматериалов, фильмов. Вовлечь детей в кружки, студии, секции, центры дневного пребывания.

3. При необходимости поставить на учет к детскому психиатру, наркологу.

4. При не усвоении школьной программы, направить ребенка на ПМПК.

Цель работы с кризисными семьями - создание благоприятных условий для личностного развития членов семьи (физического, социального, духовно-нравственного, интеллектуального), оказание комплексной социально-психологической помощи, а также защита ребёнка в его жизненном пространстве. При организации и выборе методов работы необходимо помнить, что на семью влияют множество факторов.

Основным содержанием общего направления работы с семьей в кризисе должно стать ослабление и устранение социально-психологических предпосылок кризиса:

1. организация мероприятий по снятию психологического дискомфорта в кризисной ситуации, предусматривающих: а) предупреждение чрезмерного эмоционального напряжения членов семьи; б) планомерное распределение физических и психологических нагрузок; в) разработка рекомендаций по стратегии поведения всех членов семьи в конфликтной ситуации; обеспечение социальной и правовой защищенности всех членов семьи;
2. четкая организация повседневной жизни, учебы, работы, быта всех членов семьи.

Специалисты в своей работе с кризисной семьей придерживаются следующего примерного алгоритма действий:

1) подготовка – предварительное знакомство со всеми имеющимися сведениями о семье, составление плана беседы;

2) установление контакта специалистов с членами семьи;

3) выявление сущности семейных проблем, причин их возникновения и внутренних ресурсов неблагополучной семьи;

4) определение плана выхода семьи из тяжелой ситуации, содержания необходимой помощи и поддержки со стороны специальных служб, стимулирование родителей к самопомощи;

5) реализация намеченного плана, привлечение специалистов, способных помочь в разрешении проблем, которые семья не может решить самостоятельно.

б) патронаж семьи (в случаях тяжелого неблагополучия может продолжаться до нескольких лет).

**В качестве алгоритма психологической работы с семьей, переживающей кризис, можно предложить модель консультирования, состоящую из следующих этапов:**

1. Выявление представлений членов семьи о характере переживаемых трудностей.
2. Уточнение фактов семейной жизни и особенностей ее динамики. Анализ семейной истории для адекватного понимания сложившейся ситуации.
3. Обратная связь от консультанта семье, включающая сообщение о том, как консультант понимает проблему, отражение его собственных чувств и переживаний, поддержка семьи в их желании получить психологическую помощь.
4. Определение проблемного поля семьи. На этом этапе осуществляется идентификация проблем данной семьи; выдвигаются предположения относительно причин возникших трудностей, механизмов их возникновения и развития; при необходимости собираются дополнительные сведения для проверки выдвинутых гипотез. Итогом данного этапа является согласование представлений психолога и членов семьи об имеющихся проблемах и постановка реалистичных целей.
5. Проработка чувств членов семьи, связанных с переживаемым кризисом.
6. Идентификация альтернатив. На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Консультант побуждает членов семьи проанализировать все возможные варианты, выдвигает дополнительные альтернативы, не навязывая своих решений.
7. Планирование. На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив. Консультант помогает семье разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и актуальной готовности измениться. Проверка реалистичности выбранного решения (ролевые игры, «репетиция» действий и др.).
8. Деятельность. На этом этапе происходит последовательная реализация плана решения проблем семьи, особую важность приобретает поддержка консультантом членов семьи.

Часто, начиная работу с семьей, мы хотели бы в скором времени получить результат. Опыт показывает, что мы бываем слишком нетерпеливы и отсутствие результата считаем основанием для прекращения работы «по-хорошему» и начала работы «по-плохому». Однако в результате этих мер изменения в лучшую сторону наступают далеко не всегда; нередко и без того тяжелое положение усугубляется еще больше.

Серьезные изменения требуют времени. Как на протяжении многих лет формировался дисфункциональный способ поведения членов семьи, так не за один день семья перестраивается и начинает пробовать жить иначе. Человек должен созреть для изменений, а это долгий процесс, причем большая часть этого процесса происходит во внутреннем мире человека, не проявляясь поначалу внешне. Когда же изменения становятся заметны, то об их устойчивости все равно говорить рано: требуется значительный период времени для того, чтобы новые способы поведения стали привычными. На этом пути возможны «срывы», возвраты к старому, которые не следует расценивать как тщетность всех приложенных усилий. Возможно, это временный откат назад, вызванный какими-либо неблагоприятными обстоятельствами. И наше дело в этом случае – вновь анализировать ситуацию, делать выводы и продолжать работу.

### **Памятка специалисту по работе с кризисными семьями**

1. Четко и ясно определите для себя, чего Вы хотите от семьи, узнайте, что думает семья по этому поводу, постарайтесь убедить её в том, что Ваши цели — это, прежде всего, их цели.

2. Не берите все на себя, предоставьте семье самостоятельность, не обязательно контролировать и оценивать каждый их шаг. Делайте все от Вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за разрешение кризисной ситуации.
3. Не давайте окончательных готовых рецептов и рекомендаций. Не поучайте родителей, а показывайте возможные пути преодоления трудностей, разбирайте правильные и ложные решения, ведущие к цели.
4. Необходимо поощрять успехи, замечать даже незначительные рост и достижений действий семьи.
5. Если есть ошибки, неверные действия, укажите на них. Дайте оценку и сделайте паузу, чтобы семья осознала услышанное.
6. Дайте понять семье, что сочувствуете ей, верите в нее, хорошего мнения о ней, не смотря на оплошности родителей.
7. Нужно формировать в себе внутреннюю устойчивость, позитивное восприятие фактов. Такая устойчивость позиции позволяет человеку не приспосабливаться к обстоятельствам, а учитывать их и изменять в соответствии нравственным нормам жизни.
8. Не показывайте, что Вы пришли и семью перевоспитывать родителей. Действуйте в логике системы “перспективных линий” — от дальней перспективы к средней и от нее к сегодняшней.
9. Нужно быть твердым, но добрым и отзывчивым. Ни абсолютная твердость, ни безграничная доброта не годятся в качестве единственного основополагающего принципа воспитания. Надо уметь применять разные методы в соответствии с конкретной ситуацией.
10. Будьте терпеливы при общении с семьей в конфликтной ситуации. Запрещенные приемы: угрозы, морализирование, поучение; высказывания, снижающие самооценку собеседника.

Литература:

<http://psychologconsultation.com/2015/08/14/krizisnye-i-ekstremalnye-situacii/> Козлов В. В. Работа с кризисной личностью. Методическое пособие. М., 2007  
Пергаменщик Л.А. Кризисная психология. Учебное пособие. -- Мн.: Вышэйшая школа, 2004.- 288 с.  
Корчагина Ю.В. Мягких Н.И. , Ларина Н.И. Теория и практика психологии кризисных ситуаций - Психология и право - 2011. № 2

**Основные принципы работы с неблагополучными семьями в организации профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.  
Основы психологии семьи. Возрастная психология**

*Составитель: Бояркина Ирина Александровна, заведующая отделением психолого-педагогической помощи ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

***Семья как объект психологического исследования и взаимодействия. Семья как пространство жизнедеятельности. Семья как социальный институт и социальная группа. Основы семейной психологии.***

Семья – важнейший из феноменов, сопровождающий человека в течение всей его жизни. Вследствие сложности и многогранности этого объединения существует много различных подходов к изучению семьи, а также определений самой семьи, встречающихся в научной литературе.

«Семья не есть простая сумма членов этой семьи, это, прежде всего, определенная сеть взаимоотношений между всеми членами семьи. Для того чтобы понять состояние семьи, необходимо нечто большее, чем простой анализ состояния каждого отдельного

члена семьи. Для этого необходимо проанализировать всю семейную систему как целое» (Людвиг Фон Бергаланфи).

«В социальной психологии существует понятие «первичная группа». Связи в этой группе строятся на непосредственных контактах, на эмоциональном вовлечении ее членов в дела группы, обеспечивающем высокую степень отождествления и слияния ее участников. Такой первичной группой является семья» (А. И. Захаров).

«Семья – малая социальная группа (ячейка) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, то есть отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами, и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Н. Я. Соловьев).

Семья – это «...исторически конкретная система взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми как малой группы, члены которой связаны брачными или родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью и социальная необходимость в которой обусловлена потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения» (А. Г. Харчев).

Семья – это «...основанная на единой общесемейной деятельности общность людей, связанных узами супружества – родительства – родства, и тем самым осуществляющая воспроизводство населения и преемственность семейных поколений, а также социализацию детей и поддержание существования членов семьи» (А. И. Антонов).

Семья является объектом исследования многих наук - социологии, экономики, права, этнографии, психологии, демографии, педагогики и др. Каждая из них в соответствии со своим предметом изучает специфические стороны функционирования и развития семьи. Экономика - потребительские аспекты семьи и участие ее в производстве материальных благ и услуг. Этнография - особенности уклада жизни и быта семей с различными этническими характеристиками. Демография - роль семьи в процессе воспроизводства населения. Педагогика - ее воспитательные возможности. Интеграция этих направлений изучения семьи позволяет получить целостное представление о семье как о социальном явлении, сочетающем в себе черты социального института и малой группы.

Семья позволяет удовлетворять потребности, лежащие в основе развития личности. Наиболее известной классификацией этих потребностей является классификация, предложенная одним из основоположников гуманистической теории личности А. Маслоу. Согласно Маслоу (1999), существует пять групп потребностей человека, которые объединяются в иерархическую структуру:

- физиологические потребности (потребности в пище, одежде, жилье, сне, отдыхе, сексе и т. п.). Для взаимного удовлетворения этих потребностей в семье существуют условия: территория совместного проживания, общее хозяйство, сексуальные отношения между супругами и др.;

- потребности в безопасности и защите. К ним относятся потребности в организации, стабильности, предсказуемости событий, избегании контактов со страхами, болезнями и хаосом. Для удовлетворения этих потребностей ребенку, например, необходимо жить в семье, где существует определенный, стабильный распорядок жизни. При попустительском, разрешающем отношении родителей в отношении времени сна, приема пищи, а также отсутствии четко сформулированных запретов ребенок утрачивает ощущение стабильности, начинает тревожиться, искать более устойчивую среду обитания. Наиболее разрушительными факторами, блокирующими удовлетворение потребности в безопасности, являются такие события, как ссоры, разводы, разлуки, смерть;

- потребность в принадлежности и любви. Именно семья впервые в жизни дает человеку ощущение принадлежности к группе людей, объединенных с ним кровными узами и

эмоциональными связями, обеспечивающими любовь и психологический комфорт. Люди с депривированной потребностью в любви, выросшие в проблемной, дисфункциональной семье (либо вне семьи в условиях детского дома), оказываются неспособными в будущем к установлению глубоких близких отношений, чувствуя себя одинокими и покинутыми всеми. Важнейшим условием формирования чувства принадлежности к семье является создание отношений интимности, существующих внутри семейного пространства. Отношения интимности создаются на первых этапах семейной жизни за счет особого типа коммуникации семейной пары (например, использования особого внутрисемейного языка, значение слов которого известно лишь членам семьи), существования некоторой семейной «тайны» и маркирования границ частной жизни. Благодаря этому каждая реальная семья приобретает свою уникальность;

- потребность в уважении (самоуважении). Семья может прямо и косвенно удовлетворять потребность человека в самоуважении и уважении со стороны других. Сам факт наличия у человека семьи делает его социально успешным. Люди, не имеющие семьи, детей, а также не сохранившие семью (разведенные), традиционно воспринимаются как социально неэффективные. Иллюстрацией этого социально-психологического феномена является, например, любая избирательная компания: человек, рассчитывающий на победу в выборах в целях занятия социально значимого поста, не может позволить себе не иметь семьи. Прямое удовлетворение потребности в уважении возможно благодаря тому, что каждый из членов семьи может ощущать свою полезность и значимость в данной группе. В гармоничных, функциональных семьях каждый человек знает свое место, роль и имеет возможность влиять на семейную систему в целом;

- потребность в самоактуализации. Маслоу охарактеризовал самоактуализацию как желание человека стать тем, кем он может стать, чтобы полностью реализовать собственный творческий потенциал. По Маслоу, дети, воспитывающиеся в дружной, любящей, безопасной атмосфере, стремятся к личностному росту. Родители получают возможность реализовывать себя в воспитании детей. Семья может стать именно той средой, в которой раскрываются способности ее членов. Для этого она должна обладать рядом характеристик: в семье должны быть любовь, взаимное уважение, не должны иметь место симбиозы и коалиции, внутри которых один из членов семьи эксплуатирует другого.

Психология семейных отношений концентрирует внимание на исследовании закономерностей межличностных отношений в семье, внутрисемейных отношений (их устойчивости, стабильности) с позиций влияния на развитие личности. Знания закономерностей позволяют проводить практическую работу с семьями, диагностировать и помогать перестраивать семейные взаимоотношения. Основные параметры межличностных отношений - статусно-ролевые различия, психологическая дистанция, валентность отношений, динамика, устойчивость.

По сравнению с другими свободно организованными группами, семья максимально контролируется обществом. Нормативная заданность обусловлена представлениями культуры: какой должна быть семья; в каком возрасте создавать и каким образом; сколько детей и как воспитывать – какие санкции и поощрения допустимы; как распределить власть и обязанности в семье. Также на семью воздействуют нормы различных субкультур (чаще по социальному или религиозному признаку) и т.п. *Правовые институты действуют в особо важных случаях*: порядок заключения и расторжения брака; лишение родительских прав при патологических нарушениях прав ребенка.

Семья является закрытой группой. Вхождение новых членов регламентировано и ограничено. Чаще это происходит естественным путем: рождение ребенка – расширение семьи, смерть – убыль; распад на три самостоятельных единицы: две родительские семьи плюс семья выросших детей.

Количественные изменения неизбежно сопровождаются качественными во взаимоотношениях членов семьи. Изменения состава семьи приводят к перестройке отношений, являются для семьи, как для целого, серьезным испытанием. А также необходимо учитывать конфиденциальный характер семейной информации. Часто она обрастает семейными мифами (защиты). Кстати, она отражена в поговорках, например: «Мой дом – моя крепость». Но психологи скажут, что чем благополучнее семья, тем она больше открыта, хотя не должна превращаться в «проходной двор» или гостиницу.

Особенности современной семьи.

1) В соответствии с социально-экономическими условиями, с течением времени происходят изменения в иерархии семейных функций. На первое место семейные психологи ставят триаду функций: психологическую, воспитательную, хозяйственно-бытовую. В соответствии с этим располагаются и мотивы вступления в брак.

2) Повышенная терпимость к изменению семейных норм: например, в Швеции 40% рождены вне брака. Не соблюдается однозначная в прошлом последовательность: брачность, сексуальность, репродуктивность. Смягчились нормы и по отношению к внебрачным связям, а также разводам. В целом, повысилась автономность семьи в установлении норм.

3) Расширение приемлемых форм брака, в том числе пробного.

4) Эйдемиллер Э.Г. отмечает, что для нашей страны характерна расширенная семья, власть часто у прародителей, как в патриархальных семьях;

- во многих семьях отсутствуют мужчины;
- поколения зависят друг от друга не столько духовно, сколько материально,
- границы между подсистемами семьи часто нарушены;
- бытует «репрессивная педагогика», недостаточно уважения к личности;
- тяжелое материальное положение и отсутствие нравственных ценностей часто приводит к распаду семей.

*Возрастная психология* – отрасль психологической науки, изучающая закономерности этапов психического развития и формирования личности на протяжении онтогенеза человека от рождения до старости.

*Предметом* возрастной психологии являются возрастная динамика психики человека, онтогенез психических процессов и качеств личности развивающегося человека, закономерности развития психических процессов.

Возрастная психология изучает возрастные особенности психических процессов, возрастные возможности усвоения знаний, ведущие факторы развития личности, возрастные изменения и т. д.

Основные теории развития личности.

1. *Культурно-историческая концепция Л.С. Выготского.* Ученый утверждал, что интерпсихическое становится интрапсихическим. Возникновение и развитие высших психических функций связано с употреблением знаков двумя людьми в процессе их общения. В противном случае знак не может стать средством индивидуальной психической деятельности.

2. *Теория деятельности А.Н. Леонтьева.* Он считал, что деятельность сначала выступает как сознательное действие, затем – как операция и только потом, по мере формирования, становится функцией.

3. *Теория формирования умственных действий П.Я. Гальперина.* По его мнению, формирование психических функций происходит на основе предметного действия: начинается с материального выполнения действия, а заканчивается умственной деятельностью, затрагивая речевую функцию.

4. *Концепция учебной деятельности – исследования Д.Б. Эльконина и В.В. Давыдова*, в которых разрабатывалась стратегия формирования личности не в лабораторных условиях, а в реальной жизни – путем создания экспериментальных школ.

Известны два подхода к периодизации развития: стихийный и нормативный. Сторонники *стихийного* подхода полагают, что процесс развития складывается стихийно, под воздействием множества случайных факторов и обстоятельств, происходящих в жизни детей. *Нормативным* считается идеальный процесс развития с учетом всех влияющих факторов при правильной организации обучения и воспитания.

По мнению Л.С. Выготского, все периодизации можно разделить на три группы. Первая группа включает в себя периодизации, построенные на основе внешнего критерия, связанного с процессом развития (К. Бюлер, П.П. Блонский, р. Заззо). Ко второй группе относятся периодизации, основанные на одном внутреннем критерии, выбранном произвольно (З. Фрейд, Л. Колберг, Э. Эриксон). Третья группа - периодизации, построенные на основе выделения существенных критериев, признаков. К ним относится периодизация психического развития Л. С. Выготского.

Рассматривая вопрос периодизации психического развития, Л.С.Выготский отмечал, что необходимо выделить объективные основания, указывающие на изменение возраста и перехода ребенка на новый этап развития. Он ввел понятия психологические новообразования и социальная ситуация развития (характер отношений между ребенком и обществом, которые складываются в данный период). Л.С.Выготский считал, что исследование переходов от одного периода развития к другому дает возможность раскрыть внутренние противоречия развития. Центральным моментом при рассмотрении динамики психического развития был для Л.С.Выготского анализ социальной ситуации развития. Распад старой и возникновение основ новой социальной ситуации развития, по мысли Выготского, и составляет главное содержание критических возрастов.

Выделяя два пути развития - критический (возникает внезапно, протекает бурно) и литический (спокойный), - Выготский заметил, что критический период имеет позитивные сдвиги - переход от одних форм поведения к новым формам. Он выделил в нем три этапа: 1) предкритический - отказ от прежних форм отношений и поведения; 2) критический - идет поиск новых форм поведения; 3) посткритический - отработка усвоенных форм поведения. Критический период может быть просто переходным при соответствующей ситуации развития и изменении отношений со взрослыми. Л. С. Выготский выделял в качестве критических периодов детства возраст около 1 года, 3 года, 6-7 лет, период новорожденности и подростковый период. Чередование стабильных и критических периодов по Л. С. Выготскому:

Кризис новорожденности. Младший возраст (2 месяца - 1 год). Противоречия между максимальной социальностью младенца и минимальными возможностями общения.

Кризис 1 года. Раннее детство (1-3 года). Деятельность "серьезная игра", предметно-орудийная. Появляются жест, ходьба, речь.

Кризис 3 лет. Дошкольный возраст (3-7 лет). Тенденция к эмансипации (отделению от взрослого) и тенденция не к аффективной, а к волевой форме поведения. Возникновение "Я сам".

Кризис 7 лет. Школьный возраст (8-12 лет). Утрата детской непосредственности из-за дифференциации внутренней и внешней жизни. Возникновение обобщений, логики чувств, переживания приобретают смысл, появляется самооценка.

Кризис 13 лет. Пубертатный возраст (14-18 лет). Чувство взрослости - ощущение своей личности, развитие самосознания.

Среди параметров возраста выделяют две группы: основания развития и результаты развития.

*Основания развития* включают в себя:

- социальную ситуацию развития;



- круг отношений;
- ведущий тип деятельности;
- сензитивность.

*Результаты развития* включают в себя:

- новообразования личности;
- формы общения;
- эмоционально-волевую сферу;
- способности общения;
- новый вид деятельности.

Составляя описание личности с учетом данных параметров, можно получить полную характеристику ее возраста.

### **Социально-педагогическая работа с семьей**

*Космакова Инесса Эрнестовна, педагог-психолог ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

***Формы работы с семьей: индивидуальная работа с родителями; посещение семьи на дому; групповые формы работы с родителями; коллективные формы работы с родителями; наглядно-иллюстративные методы работы с родителями.***

90% воспитательного воздействия на личность ребенок получает в семье. Однако социологические исследования показывают, что в настоящее время семья как бы самоустранилась от активной целесообразной педагогической деятельности по воспитанию своего ребенка. Это повлекло за собой рост детской безнадзорности, алкоголизацию подростков, наркоманию, раннее начало половой жизни, рост детской преступности и т.д.

Цель работы с семьей – создание благоприятных условий для личностного развития ребенка, оказание комплексной социально-психологической помощи, защита ребенка в его жизненном пространстве.

Основные типы "трудных" семей:

1. Семья, в которой "трудные" родители. Атмосфера в такой семье характеризуется холодностью, безразличием.
2. Семья, где господствует безнадзорность. В семьях этого типа родители, как правило, употребляют алкоголь. Для отцов и матерей характерна культурная ограниченность, бедность чувств, отсутствие духовных связей с детьми.
3. Семьи, характеризующиеся психолого-педагогической неграмотностью родителей. В такой семье родители не понимают детей, обнаруживают полное незнание методов воздействия, недооценивают значение семейного воспитания.
4. Семьи, в которых отдается приоритет материальному благополучию над духовной жизнью. В таких семьях дети, как правило, растут эгоистами, излишне практичными потребителями. И родители эти качества детей поощряют.
5. Семьи, в которых родители предъявляют детям завышенные требования, граничащие с жестокостью. В таких семьях детей наказывают, часто физически, за малейшую провинность. И, как результат, дети растут жестокими и озлобленными.

Основные функции в работе с семьей:

1. диагностическая (изучение особенностей семей и степени влияния микросреды);
2. прогностическая (моделирование воспитывающей ситуации с учетом диагностики семьи);
3. организационно-коммуникативная (психолого-педагогическое просвещение родителей, организация общения);

4. правозащитная (поддержка семей в защите прав, свобод, социальных гарантий);
5. предупредительно - профилактическая (профилактика девиантного поведения);
6. социально-бытовая (оказание нуждающимся семьям материальной помощи);
7. социально-психологическая (осуществление неотложной психологической помощи);
8. организаторская (обеспечение культурно - досуговой, спортивно-оздоровительной деятельности, технического и художественного творчества для семей).

#### *Основные формы работы с семьей*

Социальный патронаж - посещение семьи на дому с диагностическими, контрольными, адаптационно-реабилитационными целями, позволяющая установить и поддерживать длительные связи с семьей, своевременно выявить проблемные ситуации, оказывая незамедлительную помощь. Патронаж дает возможность наблюдать семью в естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности.

Проведение патронажа требует соблюдение ряда этических принципов:

- принцип самоопределения семьи;
- добровольности принятия помощи;
- конфиденциальность.

Патронаж проводится со следующими целями:

1. диагностическая: ознакомление с условиями жизни, изучение возможных факторов риска (медицинских, социальных, бытовых), исследования сложившихся проблемных ситуаций.
2. контрольная: оценка состояния семьи и ребенка, динамика проблем, анализ ходе реабилитационных мероприятий и прочее.
3. адаптационно-реабилитационная: оказание конкретной образовательной, посреднической, психологической помощи.

Регулярные патронажи необходимы в отношении неблагополучных и прежде всего асоциальных семей, постоянное наблюдение за которыми в какой-то мере дисциплинирует их, а также позволяет своевременно выявить и противодействовать возникающим кризисным ситуациям.

Наряду с патронажем, занимающим важное место в работе с семьей, следует выделить индивидуальную, групповую и коллективную работу с родителями. Основные задачи работы с родителями:

1. систематическое разностороннее просвещение родителей, т.е. ознакомление их как с основными теоретическими знаниями, так и с практикой работы с детьми.
2. привлечение родителей к активному участию в воспитательном процессе.
3. формирование у родителей потребности к самообразованию.

Существует определенная этика общения с родителями при подготовке и проведении индивидуальной работы с семьей:

- родители должны быть приглашены на консультацию в доброжелательной и спокойной форме;
- время консультации или беседы должно быть четко оговорено;
- родители не должны ждать под дверью своей участи;
- желательно, чтобы оба родителя присутствовали на встрече;
- необходимо четко формулировать цели консультации, ее актуальность;
- необходимо дать возможность родителям высказаться в полной мере по обсуждаемой проблеме;
- все доводы родителей, их аргументы «за» и «против» должны быть внимательно выслушаны;

- в ходе консультации родители должны получить четкие рекомендации и предложения по обсуждаемой проблеме;
- если в этом есть необходимость, в ходе консультации родители получают возможность встретиться со специалистами и организовать дополнительное консультирование ребенка;
- если присутствие ребенка в ходе консультации обязательно, то он приглашается на встречу.

Работа с родителями реализуется и через коллективные (групповые) формы взаимодействия. К ним относятся:

- работа с родителями в группе,
- работа с родителями в парах,
- родительское собрание,
- родительский комитет,
- встречи за "круглым столом" и т. д.

К наиболее часто используемым методам в групповой работе относятся Лекции, дискуссии, тренинги.

**Лекция** как метод работы с родителями достаточно популярна. Лекция - это знакомая форма трансляции, она позволяет предоставлять большой объем информации, эффективна в начале работы и в большой аудитории. С помощью иллюстраций, интересных примеров специалист направляет усилия родителей на постановку и решение проблемы.

Групповая дискуссия - совместное обсуждение какого-либо спорного вопроса, попытка продвинуться к поиску истины, что позволяет прояснить (возможно, изменить) мнение, позиции, установки и ценности родителей. Групповая дискуссия может быть использована в целях предоставления возможности увидеть проблему с разных сторон.

**Тренинг** может быть направлен на тренировку и развитие нужных качеств (умение общаться, слушать, развитие эмпатии и пр.). Он представляет совокупность активных методов практической психологии, которые используются с целью формирования навыков самопознания и саморазвития.

Для повышения эффективности усвоения предлагаемого материала родителями желательно использование наглядно-иллюстративных методов. Эти методы предполагают использование средств обучения, для которых характерен образный язык изложения. Зрительные, слуховые, тактильные образы дополняют словесное описание и, таким образом, способствуют лучшему пониманию предъявляемого материала. Можно выделить 3 основных вида наглядности: предметную, изобразительную и словесную.

Может использоваться традиционный способ демонстрации наглядности с помощью нарисованных плакатов, но он является слишком трудоемким и создает ряд других неудобств в использовании. Использование доски и мела всегда остается в распоряжении преподавателя, однако здесь важную роль играют его изобразительные способности. Современным способом демонстрации наглядности являются транспаранты на прозрачной пленке и слайды, которые проецируются на белый экран. В наше время проекторы становятся все более типичным техническим средством обучения. Это значительно расширяет возможности использования визуальных средств на лекциях. Прекрасным аудиовизуальным средством демонстрации всех перечисленных выше видов наглядности является компьютер. Использование компьютерной программы Power Point дает возможность преподавателю включать в свою лекцию самые различные виды наглядности: статичные и движущиеся, схематические и художественные, текстовые и изобразительные, применять различные эффекты. Проецирование слайдов данной программы на экран делает презентацию доступной для всех слушателей.

Наглядность повышает эффективность усвоения материала при определенных условиях:

- 1) демонстрируемая наглядность должна быть согласована с содержанием материала;
- 2) наглядность следует вводить на занятии постепенно, в соответствующий момент, по мере необходимости;
- 3) демонстрация должна быть организована так, чтобы все участники могли хорошо видеть объект;
- 4) необходимо четко выделять главное, существенное при показе иллюстраций, схем, диаграмм;
- 5) следует детально продумывать пояснения, даваемые в ходе демонстрации.

### **Методики раннего выявления семейного неблагополучия**

*Составитель: Бояркина Ирина Александровна, заведующая отделением психолого-педагогической помощи ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

***Значение раннего выявления семейного неблагополучия. Понятие «семейное неблагополучие», «социальное неблагополучие». Критерии семейного неблагополучия. Методики, используемые специалистами для раннего выявления семейного неблагополучия. Профилактика семейного неблагополучия.***

Семейное неблагополучие необходимо рассматривать как самостоятельный социально-психологический феномен, выступающий, как фактор девиантного поведения детей. Семейное неблагополучие - комплекс причин различного характера, связанных с нарушением выполнения воспитательной функции семьи, вызывающих изменение личности ребенка и приводящих к девиантному поведению.

Социальное неблагополучие - комплексный показатель, который отражает различные экономические, политические, демографические, экологические и другие проблемы. Данные проблемы можно рассматривать как компоненты социального неблагополучия.

В научной литературе нет четкого определения понятия «семейное неблагополучие»: каждый автор вкладывает в него свой смысл. Поэтому в разных источниках наряду с понятием «неблагополучная семья» можно встретить такие: «деструктивная семья», «дисфункциональная семья», «семьи группы риска», «негармоничная семья» и др. Как правило, проблемы, с которыми сталкиваются подобные семьи, касаются социальной, правовой, материальной, медицинской, психологической, педагогической и других сторон ее жизни. При этом только один вид проблем встречается довольно редко, поскольку все они взаимосвязаны и взаимообусловлены. Таким образом, семейное неблагополучие — комплекс причин различного характера, связанных с нарушением выполнения воспитательной функции семьи, вызывающих деформацию личности ребенка и приводящих к девиантному поведению.

Весьма разнообразные причины, вызывающие семейное неблагополучие, взаимосвязаны и взаимозависимы. Можно выделить три группы причин неблагополучия в семье, негативно воздействующих на ребенка:

1. кризисные явления в социально-экономической сфере, которые непосредственно влияют на семью и снижают ее воспитательный потенциал;
2. причины психолого-педагогического свойства, связанные с внутрисемейными отношениями и воспитанием детей в семье;
3. биологического характера (физически или психически больные родители, дурная наследственность у детей, наличие в семье детей с недостатками развития или детей-инвалидов).

## Критерии и показатели неблагополучия семьи

Критерии	Показатели
Социально-экономический	<p>Длительная безработица одного родителя (обоих родителей), нежелание работать, а также частная смена мест трудоустройства.</p> <p>Длительный статус «малообеспеченной» семьи и низкий материальный достаток.</p> <p>Расходование имущества, принадлежащего ребенку, и денежных средств (пособий на ребенка, пенсий по потери кормильца и т.д.) не по целевому назначению.</p> <p>Отсутствие элементарных продуктов питания, мебели, постельных принадлежностей и т.д.</p> <p>Необеспеченность ребенка сезонной одеждой и обувью, школьными принадлежностями и т.д.</p> <p>Задолженность (более 6 месяцев) перед жилищно-коммунальными службами по квартирной плате и коммунальным платежам.</p> <p>Частое обращение в социальные службы и благотворительные организации об оказании материальной помощи и поддержки.</p>
Медико- санитарный	<p>Антисанитария жилища, пренебрежение минимальными санитарно-гигиеническими нормами.</p> <p>Отсутствие в квартире (доме) электричества, отопления.</p> <p>Алкогольная или наркотическая зависимость родителей, постановка их на учет в наркологический или психоневрологический диспансер.</p> <p>Неухоженность и неопрятность детей, наличие у них частых заболеваний и травм.</p> <p>Противоречивые, путаные объяснения родителей относительно причин возникновения травм и синяков у ребенка, обвинение в произошедшем только несовершеннолетнего.</p>
Социально-демографические	<p>Родители со статусом лиц без определенного места жительства.</p> <p>Устойчивое неправильное репродуктивное поведение семьи и особенно матери (беременности, которые заканчиваются абортами или отказом от ребенка).</p> <p>Выраженная конфликтная ситуация в семье при разводе родителей.</p> <p>Посещение родителями (одного из них) деструктивной секты.</p> <p>Родители или один из них ранее лишился родительских прав по отношению к старшим детям.</p>
Психолого-педагогический	<p>Полное равнодушие родителей и отсутствие заботы и внимания к ребенку.</p> <p>Непосещение родителями учреждения образования, несмотря на неоднократные приглашения.</p> <p>Систематическое применение к ребенку антипедагогических мер воздействия.</p> <p>Насилие и жестокое отношение к ребенку, пренебрежение его основными интересами и нуждами.</p> <p>Устойчивое уклонение родителей от контактов со специалистами, игнорирование их рекомендаций. Повторяющиеся или затяжные конфликты в семье, нарушения взаимоотношений между членами семьи.</p>
Криминальный	<p>Постановка родителей на учет в органах внутренних дел. Нарушение родителями общественного порядка по месту жительства. Организация притонов. Аморальный образ жизни родителей (употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, бродяжничество, попрошайничество и т.д.). Вовлечение ребенка в преступную деятельность и антиобщественное поведение (приобщение к спиртному, наркотикам, токсическим, психотропным веществам, принуждение к занятиям проституцией, попрошайничеству, азартным играм). Проявление</p>

	жестокости в семье и вне семьи. Наличие судимых членов, приверженных к субкультуре преступного мира. Попытки покончить жизнь самоубийством одного из членов семьи. Отсутствие еды, пищи, тепла, крова. Пропуски занятий, наличие вредных зависимостей, постановка на учет, уход ребенка из семьи, бродяжничество, попрошайничество, совершение правонарушений (преступлений), суицидальные попытки.
--	--

Информацию о семейном неблагополучии можно получить путем анализа различных источников: бесед с ребенком и родителями, педагогами, документации (материалы патронажей, медико-психолого-педагогических комиссий, результатов рейдов и т.д.)

Для диагностики внутрисемейных взаимоотношений необходимо использовать различные психодиагностические методы исследования, которые позволят со всех сторон многогранно проанализировать и выявить неблагоприятную ситуацию в семье.

При использовании диагностических методик необходимо придерживаться следующих рекомендаций:

- психологическая диагностика должна осуществляться только при наличии установленных отношений доверия между специалистом и семьей;
- экспертиза по различным аспектам не должна принимать характер эмоциональной оценки со стороны специалиста, работающего с семьей;
- ознакомление третьих лиц с информацией о психологических особенностях семьи и ребенка, разрешается только с их согласия.

**Комплект методик  
для психологической диагностики семей**

	Методика	Цель
<b>Изучение структуры семейных ролей, семьи – как системы</b>		
1	Семейная социодиаграмма	Методика позволяет оценить: положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье прямой или опосредованный; возникновения причин неблагополучия; динамику семейных взаимоотношений.
2	Семейная генограмма	Диагностирует коммуникации в семье, взаимоотношения между ее членами и выявляет причины возникновения сложной жизненной ситуации в семье.
3	ШСО	Предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов.
4	Шкала семейной адаптации и сплоченности	Позволяет быстро, эффективно и достоверно оценить процессы, происходящие в семейной системе, и наметить мишень психотерапевтического вмешательства.
5	Рисунок семьи	Предназначен для выявления особенностей внутрисемейных отношений.
<b>Изучение особенностей воспитания родителей, процессов взаимодействия родителей с детьми</b>		
1	АСВ	Методика позволяет изучить: нарушения процесса воспитания; выявить тип негармоничного патологизирующего воспитания; установить причины нарушений в семейной системе.
2	PARI	Предназначена для изучения отношения родителей к разным сторонам семейной жизни (семейной роли), а также изучение детско-родительских отношений.
3	Тест – опросник родительских отношений	Психодиагностическая методика, ориентированная на выявление родительского отношения в семье.

	(А.Л.Варга, В.В.Столин)	
<b>Изучение супружеских взаимоотношений</b>		
1	Тест-опросник удовлетворенности браком	Предназначен для экспресс - диагностики степени удовлетворенности - неудовлетворенности браком, а также степени согласования- рассогласования удовлетворенности браком у той или иной социальной группы.
2	Тест «Характер взаимодействие супругов в конфликтных ситуациях»	Методика дает возможность охарактеризовать обследуемую пару по ряду параметров: наиболее конфликтные сферы супружеских отношений, степень согласия (или несогласия) в ситуациях конфликта, уровень конфликтности в паре.
3	Тест супружеских отношений.	Тест ориентирован на выявление отношений между супругами в семье.

**Проведение ранней профилактической работы.** Ранняя профилактика неблагополучных семей включает в себя тесное сотрудничество специалистов, работающих с семьей: участковых инспекторов милиции, инспекторов **ИДН**, психологов, социальных педагогов, классных руководителей, директоров и завучей школ, заведующих детскими садами, участковых педиатров, врачей-наркологов, врачей психоневрологов, воспитателей и др. Целью данной совместной работы является профилактика семейного неблагополучия. Поэтому основной метод в работе с неблагополучной семьей - это социальный патронаж, предполагающий постоянный доверительный контакт членов различных ведомств с неблагополучной семьей, сбор точной объективной информации о семье и создание эффективного взаимодействия между различными учреждениями и ведомствами.

#### **Содержание и особенности консультирования семей по вопросам внутрисемейных отношений, преодоления семейных конфликтов**

*Составитель: Бояркина Ирина Александровна, заведующая отделением психолого-педагогической помощи ГУСО «Доверие» Забайкальского края*

***Психологические особенности отношений родителей с детьми. Актуальные проблемы психологии семьи и семейного консультирования. Методы социально-педагогической диагностики детско-родительских отношений. Социально-психологическая помощь семьям с педагогической несостоятельностью родителей, неблагоприятным психологическим климатом и жестоким обращением с детьми.***

К актуальным проблемам психологии современной семьи относят:

1. семейное неблагополучие и насилие;
2. дисбаланс супружеских ролей и неадекватность престижности супругов;
3. перегрузка женщин разноплановыми социальными ролями;
4. дисгармонии интимных отношений.

В качестве специфических проблем, порожденных современным обществом и культурой, можно определить такие как: малодетность семьи и вариативность мотивации «иметь или не иметь детей»; «андрогинизация» семей (среди мужчин и женщин все труднее найти индивидов с полоидентичной гендерной ролью).

В современных условиях основными проблемами, затрудняющими семейное воспитание, считаются:

1. экономические и социальные трудности: невысокая заработная плата и ее несвоевременная выдача, полная или частичная безработица и необеспеченность во

многих семьях прожиточного минимума. Все это не только снижает уровень внутрисемейного эмоционального настроения, не создает благоприятных условий для общения в семье, но и отрывает ее взрослых членов (отца, мать) от проведения воспитательной работы в свободное время, так как они зачастую вынуждены искать дополнительную работу;

2. резкое расслоение общества по материальному благосостоянию, появление очень богатых и крайне бедных семей. Это привело к тому, что многие добродетели, на основе которых строилось воспитание в семье (честность, порядочность, доброта и т.п.), попросту не воспринимаются подрастающим поколением, так как ориентиры на безбедную жизнь повседневно пропагандируются средствами массовой информации, и при личном общении детей в детском саду и школе закономерно возникает вопрос, а почему в семье, где все с утра до вечера работают, не нарушают законов, но живут бедно, а в соседней семье — наоборот;

3. забвение традиций народной педагогики, по неписаным законам которой считалось, что воспитывать ребенка надо, пока он еще маленький и «лежит поперек, а не вдоль лавки». Содержательные компоненты народной педагогики — традиции, обычаи, верования и т.п. — выражаются в стереотипных действиях и поведении, в деталях быта, ритуалах, социальном поведении, отношении к различным социальным группам и другим народам и т.п. Они наделены определенным социально-педагогическим потенциалом, который проявляет себя через функцию социальной памяти, осознание и идентификацию личностью себя со своим народом, предками, историческим прошлым; регулятивную функцию — ориентирование человека на совершенно конкретные правовые ценности, правила, предпочтительные способы и формы поведения; императивную функцию — ставящую человека в условия безоговорочного принятия культивируемой нормы, правила, способа мышления или действия;

4. тенденция к увеличению числа семей, где только один ребенок. В таких семьях дети не получают достаточных практических навыков по уходу и воспитанию за своими братьями и сестрами, которые бывают нужны потом, при воспитании собственных детей;

5. усилившееся влияние на детскую психику кино- и видеофильмов, демонстрирующих мораль и обычаи, воспевающие власть силы, богатства и денег. На задний план отходят поддержка слабого, чувство сострадания, дружбы, привязанности и любви, растет число совершаемых в стране правонарушений;

6. отстраненность родителей от детей. Родители зачастую живут своей собственной жизнью и обращают внимание на детей только тогда, когда они привлекают внимание чем-то особенным.

Под родительским отношением принято понимать «систему, или совокупность, родительского, эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним».

Одним из важнейших факторов, формирующих гармонически развитую личность ребенка, являются воспитательные позиции родителей, определяющие общий стиль воспитания. В описании типологии семейного воспитания принято изучение воспитательных родительских установок и позиций. В общем виде были сформулированы оптимальная и неоптимальная родительские позиции.

Оптимальная родительская позиция отвечает требованиям адекватности, гибкости, а так же прогностичности. Адекватность родительской позиции определяется, как умение родителей видеть и понимать индивидуальность своего ребенка, замечать происходящие в его душевном мире. Гибкость родительской позиции, можно рассматривать, как способность перестройки воздействия на ребенка по ходу условий жизни семьи. Гибкая родительская позиция, должна быть не только изменчивой, она должна быть предвосхищающей, прогностичной.



Прогностичность родительской позиции означает, что не ребенок должен вести за собой родителей, а наоборот, стиль общения должен опережать появление новых психических и личностных качеств детей. Только на основе прогностической родительской позиции можно установить оптимальную дистанцию, можно выполнить требования независимости воспитания.

В дисгармоничных семьях, там, где воспитание ребенка приобрело проблемный характер, довольно отчетливо выявляется изменение родительских позиций по одному или по всем трем выделенным показателям. Родительские позиции неадекватны, утрачивают гибкость, становятся повышено устойчивыми, неизменчивыми и непрогностичными.

*Отклонения в семейном воспитании.* Часто приходится сталкиваться с результатами различных нарушений воспитательного процесса в семье. В медицинской, психологической и педагогической литературе рассмотрены такие виды отклонения в воспитании, как гипо- и гиперпротекции, безнадзорность, эмоциональное отвержение и др. Эти нарушения связаны как с индивидуально-психологическими особенностями родителей, так и наличием определенных личных проблем, решаемых за счет ребенка.

Первое различие нарушений связано с тем, сколько сил, внимания и времени уделяют родители своим детям (уровень протекции). Выделяют два уровня протекции:

1. Гиперпротекция — родители уделяют ребенку крайне много времени, внимания, когда его воспитание стало центральным делом жизни родителей, основным, чему посвящена жизнь. Типичные высказывания таких родителей отражают то важное место, которое ребенок занимает в их жизни, преувеличенное представление о том, что произойдет, если не отдавать ему все силы и время.

2. Гипопротекция — случаи крайне заниженного уровня протекции, когда ребенок фактически лишен внимания родителей, до него руки не доходит, родителям не до него. Ребенок просто выпадает из виду. За него берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.

Второе основание определения нарушений — степень удовлетворенности потребностей ребенка. Здесь возможны два типа отклонения:

1. Потворствование. Родители стремятся к максимальному удовлетворению любых потребностей ребенка, его балуют. Любое желание для них — закон. Аргументируя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией: слабость ребенка, его исключительность, желание дать ему то, чего в свое время был лишен сам родитель, то, что ребенок растет один, без отца, и др.

2. Игнорирование потребностей ребенка. Данный стиль характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте и общении с родителями, в их любви.

Следующий параметр воспитания, который может нарушаться, — количество требований к ребенку в семье. Требования — это и обязанности, т.е. те задания, которые ребенок выполняет (учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи), и требования-запреты (то, что он не должен делать). Невыполнение требований предусматривает санкции от осуждения до суровых наказаний. Здесь можно выделить следующие формы нарушений системы требований:

1. Чрезмерные требования. Повышенная моральная ответственность. Требования к ребенку в этом случае очень велики; непомерны, не соответствуют его возможностям, не только не содействуют развитию личности, а, напротив, ставят под угрозу. Особенно важны два случая: в первом - на ребенка перекладывается более или менее значительная часть обязанностей родителей (ведение хозяйства, уход за малолетними детьми). Такие родители, как правило, осознают, что ребенок очень нагружен, но не видят в этом

чрезмерности и уверены в пользе. В другом случае — от него ожидают значительных и не соответствующих его способностям успехов в учебе либо других престижных занятиях.

2. Недостаточность обязанностей. В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье.

3. Чрезмерное количество требований-запретов. В этом случае ребенку все нельзя. Перед ним ставится огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность.

4. Недостаточность требований-запретов. В этом случае, наоборот, ребенку все можно. Ребенок предоставлен сам себе и не имеет никаких ограничений.

Следующий параметр воспитания, который может нарушаться, — строгость наказаний. Здесь также встречаются варианты от чрезмерной строгости наказания до их минимализации и отсутствия.

#### *Методики, применяемые для диагностики детско-родительских отношений:*

1. Анализ семейного воспитания (АСВ). Опросник для родителей в двух вариантах — детском и подростковом, предназначен для анализа семейного воспитания и причин его нарушения. Опросник можно использовать в исследовании тех проблемных семей, где есть нервные дети и подростки с явными акцентуациями характера и отклонениями в поведении.
2. "Лики родительской любви"; данный опросник поможет и отцу и матери оценить, на каких основаниях строится их отношение к ребенку.
3. "Мера заботы"; многие нарушения в поведении и развитии ребенка связаны с недостаточным или чрезмерным вниманием к нему родителей. Этот тест поможет разобраться, насколько верна воспитательная позиция.
4. Методика идентификации детей с родителями опросник А. И. Зарова. Посредством методики диагностируются компетентность и престижность родителей в восприятии детей, и особенности эмоциональных отношений с родителями.
5. Методика PARI (parental attitude research instrument); предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли, к ребенку: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. Эта методика широко использовалась в Польше (Рембовски) и Чехословакии (Котаскова). В нашей стране адаптирована Т.В. Нещерет.
6. Опросник родительского отношения (ОРО); тест-опросник представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.
7. "Поведение родителей и отношение подростков к ним" Е. Шафер (ПОР - Подростки о родителях); назначение теста - изучение установок, поведения и методов воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте.
8. "Стратегии семейного воспитания". С помощью этого теста можно оценить свою стратегию семейного воспитания (стиль): авторитетный, авторитарный, либеральный и индифферентный.
9. Шкала общения родителя с ребёнком А.И. Баркан. По этой шкале приблизительно можно понять состояние малыша на данный момент и в данное время, узнать, как

общаются дома с ребёнком, какие эмоции преобладают в процессе общения ребенка с родителем.

Для формирования полного положительного эмоционального опыта ребенка в семье очень важны нижеперечисленные аспекты.

1) Эмоциональный микроклимат семьи. Микроклимат семьи определяется характером взаимоотношений её членов, и в первую очередь родителей. Разлад родителей наносит огромный вред настроению ребенка, его работоспособности, взаимоотношениям со сверстниками.

2) Представление родителей об идеальных качествах, которые они желают видеть у своего ребенка в недалеком будущем. Большинство родителей считают важными те качества ребенка, которые прямо или косвенно связаны с интеллектуальным развитием: усидчивость, сосредоточенность, самостоятельность, прилежание, желание учиться, добросовестность. Реже можно слышать о таких качествах, как доброта, внимание к окружающим.

3) Переживания родителей по поводу тех или иных качеств, обнаруженных в собственном ребенке.

4) Акцент со стороны родителей на избирательность ребенка в отношении к занятиям, разным видам деятельности. Любит ли он играть и в какие игры, как долго может заниматься этим; любит ли мастерить, клеить, вырезать, конструировать; сохраняет ли свои поделки или выбрасывает и ломает их.

5) Привлечение ребенка к участию в будничных делах семьи: уборке квартиры, приготовлению еды, стирке. Поощряя ребенка за незначительную помощь, подчеркивая его причастность к общим проблемам и заботам семьи, родители вызывают положительные эмоции у ребенка, пробуждают социально необходимые качества личности.

6) Понимание родителями их роли в совместной с ребенком деятельности. Распределяя с ребенком действия, чередуя их, включая его на равных в выполнение посильных дел, родители способствуют развитию его личностных качеств, таких как внимание к ближним, умение прислушаться и понять другого, откликнуться на его просьбы, состояние.

*Выделяют пять моделей оказания помощи современной семье:*

- **Педагогическая модель** базируется на гипотезе недостатка педагогической компетентности родителей. Хотя сам родитель может быть причиной неблагополучия, эта возможность открыто не рассматривается. Необходимо ориентироваться не на индивидуальные возможности родителя ребёнка, а на универсальные с точки зрения педагогики и психологии способы воспитания. Работа с семьёй в этом случае направлена на создание системы психолого-педагогического просвещения родителей, организацию семейного консультирования, разработку памяток для родителей.
- **Социальная модель** используется в тех случаях, когда семейные трудности есть результат неблагоприятного стечения обстоятельств. Акцент в работе с семьёй на оказание социально-педагогической помощи: информирование о возможности получения социальной помощи, координация деятельности различных организаций и учреждений по оказанию помощи семье, посредническая роль в решении жизненных трудностей.
- **Психологическая (психотерапевтическая) модель.** Существуют различные подходы к психотерапии семьи, акцентирующие различные особенности жизнедеятельности семьи и расходящиеся в понимании задач и способов психодиагностики.
- *Теоретико-практический подход*, который является обобщением опыта семейного консультирования. Обычно фиксируется какой-нибудь один важный аспект семейных

отношений. Согласно данному подходу выделяется определённый тип семьи и направление психотерапевтической помощи. Выделяют следующие типы семей:

- *демонстративные*, т.е. стремящиеся произвести впечатление на окружающих;
  - *летаргические*, т.е. не инициативные при преодолении трудностей;
  - *гиперстабильные*, т.е. слишком жёстко, без учёта изменяющихся условий следующие ранее установленным правилам, не доверяющие себе, избегающие внешних и внутренних конфликтов и новых решений;
  - *динамические*, т.е. слишком деятельностные, не обладающие внутренним постоянством
- **Подход последовательности-повторяемости.** Оценивая семейные отношения, можно руководствоваться причинной связью явлений или исходить из того, что они взаимосвязаны. Семейные отношения описываются утверждениями "если ... то", "причина – следствие". Причина и следствие могут меняться местами. Подавленное, депрессивное состояние жены может быть объяснено невнимательностью мужа. Но, реагируя на состояние жены, он может быть заботливым. Тогда она чувствует себя лучше, а муж снова может заниматься своими делами, снова меньше уделяет времени общению с женой, на что она реагирует депрессивным состоянием. Возможна линейная или циклическая модель взаимоотношения мужа и жены. Изучается контекст взаимоотношений, взаимосвязь симптомов, их изменчивость.
  - **Структурно-процессуальный подход.** Исследование структуры семьи позволяет причислить её к соответствующей модели семейных отношений. Семья характеризуется двумя факторами:
    - взаимодействие членов семьи (эмоциональная зависимость);
    - семейная адаптивность (изменчивость семейных отношений).

Изучаются отношения в супружеских парах и отношения "родители – дети". Отношения родителей и детей имеют свою специфику, которая обычно выявляется через модели воспитания, т.е. изучаются уровни контроля и самостоятельности детей, согласованность родительских требований, особенности поощрений и наказаний, эмоциональная близость родителей

и

детей.

В данном подходе делается акцент на семейных процессах, основное внимание уделяют датам событий, важных для семьи, выявлению доминирования и контроля в семье, особенностям коммуникаций между её членами.

- **Системно-индивидуальный подход.** В соответствии с этим подходом выясняются связи между членами семьи или условия их нахождения в семье, влияние семьи на личностные качества и самочувствия. Индивидуальное обследование семьи позволяет выделить три модели семей:
  - семьи, в которых их члены близки по своим индивидуальным качествам;
  - семьи, в которых их члены дополняют друг друга;
  - семьи, в которых свойства их членов трудно совместимы.

Психологическая помощь направлена на коррекцию личностных особенностей членов семьи, успешную интеграцию семьи в общество.

- **Подход "прошлого – настоящего – будущего"** в развитии семьи. С точки зрения данного подхода необходимо изучить прошлое семьи, влияние родительских семей на будущих супругов и передачу им жизненного сценария.

При изучении настоящего семьи самонаблюдение и самоотчеты членов семьи позволяют выяснить, что они считают постоянным в своих нынешних отношениях.

Обычно такие данные своеобразно искажают реальность семьи, подтверждают одни и отвергают другие аспекты семейного взаимодействия. Поэтому при исследовании настоящего семьи всегда целесообразно учитывать ее способность рефлексировать внутрисемейные отношения. Хотя более приемлемое будущее является целью психотерапии семьи, психологической помощи ей, методик, позволяющих предсказывать вероятность определенного развития семьи, явно не хватает. На практике иногда используются опросы, цель которых — установить ожидаемые, возможные и желаемые изменения. Такое обследование позволяет хотя бы диагностировать оптимистически, пессимистически, реалистически, фантастически и т. п. образом ориентированные семьи. Более четкое представление о будущем семьи могло бы стать фактором, корректирующим это будущее. Например, обучение будущих родителей позволяет им лучше подготовиться к рождению ребенка, договор об общении родителей и детей после развода смягчает его последствия.

### Управление конфликтами

*Составитель: Шibaева Ксения Владимировна, педагог-психолог ГУ «Центр «Семья»*

Жизнь включает в себя не только учебную, трудовую деятельность, но и различные пласты взаимодействий большого количества людей (в процессе обучения, воспитания, управления коллективом, выступлений, отдыха и др.). В ходе такого взаимодействия возникает большое количество конфликтных ситуаций. И в частности каждый по-разному реагирует на конфликт для кого-то это возможность отстоять свою точку зрения, убедиться в правильности своих действий. У некоторых же такие ситуации вызывают стресс, растерянность, негативные переживания и прочее.

Конфликт – несогласие сторон, причем, каждый добивается от оппонента, чтобы он принял его сторону, активно мешая противнику внедрить личные идеи. Это отсутствие согласия между личными мотивами, убеждениями, двумя и более сторонами, как конкретными лицами, так и группами.

#### Типы конфликтов

Различают два основных типа конфликтов

- внутриличностный;
- межличностный.

Рассмотрим подробнее **внутриличностные конфликты:**

Здесь возникают споры с самим собой, в следствии познания себя, самоутверждения и самореализации.

Стоит отметить, что внутренний конфликт всегда, так или иначе, связан с внешними обстоятельствами и обуславливается ими. Возникнув под их воздействием, он сказывается на поведении человека, в его поступках, эмоциональной неустойчивости, возможно закрытости. Окружающие замечают эмоциональное неблагополучие, которое обычно сопутствует внутреннему конфликту, пока он не разрешился.

Внутренний конфликт может возникнуть при низкой удовлетворённости жизнью, друзьями, учебой, отношениями со сверстниками, а так же неприятием себя, неуверенностью в себе и близких людях и может быть связан с продолжительным переживанием стресса.

Это всегда можно заметить по изменениям в их поведении. Дети прибегают к различным способам самозащиты: отрицают и не прислушиваются к мнениям, делают по своему, проявляют агрессивные нападки, закрываются в себе, видят проблему в окружающих. Сам факт самозащиты вызывает дискомфорт и раздражение у родителей, учителей. Виновным, разумеется, считают ребенка, говорят, что из доброго, послушного он превратился в - "трудного". Не понимая, что происходит с ребенком, и как

действительно можно ему помочь взрослые нередко выражают свою обеспокоенность в бестактных вопросах, в колкостях, в ироничных едких замечаниях, в демонстративном хлопанье дверьми.

От него требуют, чтобы он стал удобным, чтобы "хорошо вел себя". Требуют терпения, выдержки, любви, уважения. При этом из года в год на ребенка обрушиваются упреки, обвинения, оскорбления, раздражение, нетерпение, гнев... (с самыми добрыми намерениями). Таким образом проблемная ситуация не разрешается, а только усугубляется.

Все проявления детского нервно-психического неблагополучия вызывают у старших стремление к "усиленному воздействию". Применяются санкции, наказание, запреты, нотации.

А ведь от этого зависит, как разрешится внутренний конфликт, в какую сторону!

Как правило, внутриличностные конфликты развиваются в следующих случаях:

- стремление достичь одновременно несколько взаимоисключающих желаний (желание показать, что я взрослый и в то же время желание получить помощи от значимых взрослых);

- стремление избежать взаимоисключающих результатов (необходимость указать другому человеку на ошибку и желание остаться с ним в дружеских отношениях);

- несоответствие требований с личными потребностями или ценностями (взрослые требуют хорошо себя вести, а у ребенка есть потребность в самовыражении);

- ролевое несоответствие (ролевой конфликт). (Дома послушный ребенок, любящий; в кругу сверстников смелый, дерзкий).

Благоприятное разрешение внутриличностного конфликта

"Благоприятное"- значит с сохранением положительной самооценки, но ценою преодоления детских, незрелых способов самозащиты. Для становления личности ее внутренние конфликты даже полезны, если они своевременно и благоприятно разрешаются. Самостоятельное разрешение своего собственного внутреннего конфликта доступно не каждому взрослому, тем более оно малодоступно детям.

*Для благоприятного разрешения конфликта необходимо следующее:*

1. Ребенку нужно осознать, какие из его тенденций вступили в противоречие. Т.е. нужно помочь ему увидеть это;

2. Для него должно быть убедительно, что именно вот эта тенденция (или обе) нуждаются в коррекции, чтобы он сам (при тактичной помощи извне) пришел к этому выводу;

3. Обязательно необходимо вернуть человеку эмоциональное благополучие;

4. Для этого необходимо восстановить пошатнувшуюся самооценку и утвердить ее, но уже на иной основе (показать конструктивные способы поддержания адекватной самооценки, способов самоутвердиться);

6. Спасая самооценку, следует избежать внешнего, межличностного конфликта или разрешить его, если он уже назрел;

7. Уровень притязаний нужно не снижать, а качественно изменять, приводить в соответствие с возможностями индивидуума. Это требует развития его самопонимания;

8. Учите выделять из множества мотивов и потребностей приоритетные и сосредотачиваться именно на них в первую очередь;

9. Не копите проблем. В конце концов ситуация достигнет того уровня, когда уже не возможно справиться с их решением, что приведет к внутриличностному конфликту;

10. Необходимо своим примером показывать и учить детей контролировать и корректировать свое поведение и чувства;

11. Учите ребенка эмпатии; Помните, что чем больше мы знаем о других, тем больше мы знаем себя.

## 12. Учите здоровому образу жизни, как физическому, так и духовному.

Ребенку может помочь Ваше дружелюбное внимание в сдержанных проявлениях. Нужно, чтобы он видел, что Вы готовы ему помочь, что его самооценке ничто не угрожает в общении со старшим.

Стоит помнить, что если ребенком не приобретается опыт благоприятного разрешения внутренних конфликтов, то переживать их в дальнейшем человеку будет тяжело.

При невозможности самостоятельно следуя поставленным пунктам помочь ребенку благоприятно преодолеть внутриличностный конфликт, необходимо обратиться к другим специалистам: психологу, где при помощи беседы, методов и методик будет проведена работа как с самим ребенком так и с родителем для установления положительной эмоциональной связи между ними способствующей благоприятному преодолению внутриличностного конфликта.

### **Межличностные (социальные) конфликты**

Межличностный конфликт проявляется во взаимодействии между двумя и более лицами. В межличностных конфликтах оппоненты противостоят друг другу и выясняют свои отношения непосредственно, лицом к лицу. Это один из самых распространенных типов конфликтов. Они могут происходить как между сверстниками, так и между самыми близкими людьми, внутри семьи и между друзьями.

В межличностном конфликте каждая сторона стремится отстоять свое мнение, доказать другой ее неправоту, люди прибегают к взаимным обвинениям, нападкам друг на друга, словесным оскорблениям и унижениям. Такое поведение вызывает у субъектов конфликта острые негативные эмоциональные переживания, которые обостряют взаимодействие участников и провоцируют их на необдуманные поступки. В условиях конфликта становится трудно управлять своими эмоциями.

Уточним, что среди межличностных конфликтов различают:

- конфликты между людьми (сверстниками, с учителями, с родителями);
- конфликты между личностью и группой (негативное отношение класса к одному ученику из-за его поведения, внешнего вида и т.д.);
- конфликты между группами (между классами);

### **Причины межличностных конфликтов:**

- психологические особенности человеческих отношений:  
взаимные симпатии и антипатии людей, ведущие к их совместимости или несовместимости;

неблагоприятная психологическая атмосфера в коллективе;  
плохая психологическая коммуникация.

- личное своеобразие членов коллектива. В этом случае имеются в виду личные особенности, способствующие возникновению конфликтных ситуаций. К ним относятся:

неумение контролировать свое эмоциональное состояние;  
низкий уровень самоуважения;  
агрессивность;  
повышенная тревожность;  
некоммуникабельность;  
чрезмерная принципиальность.

-неподготовленность человека к эффективным действиям. Во-первых, он может не знать о том, что существует несколько способов и десятки приемов бесконфликтного выхода из проблемных ситуаций без ущерба для собственных

интересов. Во-вторых, человек может иметь представление об этих приемах и способах, но не иметь навыков и умений их применения на практике.

Любое урегулирование конфликта или его предупреждение направлено на сохранение существующей системы межличностного взаимодействия. Однако источником конфликта могут оказаться такие причины, которые ведут к разрушению сложившейся системы взаимодействия.

Настоящий конфликт чаще проявляется при попытке убедить другую сторону или нейтрального посредника в неправильности точки зрения оппонента (вот только моя точка зрения правильная).

Конфликтами необходимо управлять. От эффективности управления конфликтами его последствия становятся функциональными или дисфункциональными т.е. идут на пользу и развитие взаимоотношений или же на их разрушение. Это в свою очередь влияет на возможность возникновения будущих конфликтов, устранит их или создаст новые.

### **Управление конфликтной ситуацией**

Управление конфликтной ситуацией направлено на:

- устранение первопричин конфликта;
- коррекцию поведения конфликтующих сторон;
- поддержание допустимого уровня конфликтности.

Управление межличностными конфликтами делится на:

- внутриличностное;
- структурное;
- межличностное.

Рассмотрим каждый метод управления конфликтами подробнее.

#### **Внутриличностное управление межличностными конфликтами**

Направлено на самоконтроль и на умение организовать аргументированный отпор. Субъекту стоит отдавать себе отчет о том, что характеры и взгляды на жизнь у людей различны и то, что представляется нормальным одним, может очень сильно раздражать других. В таких случаях важно четко определить свои позиции и постараться объяснить другой стороне, что именно и почему не устраивает.

#### **Структурное управление межличностными конфликтами**

Предполагает разрешение конфликтов на уровне учреждения. Здесь имеется в виду четкое определение поведенческих норм учащихся, четкое обозначение ожидаемых результатов, действий которых ожидают от обучающихся, возможно обозначение общей актуальной цели и, возможно, поощрение или же наказание за соответствующее поведение.

#### **Межличностное управление конфликтами**

Может быть разбито на несколько стилей:

Стиль	Пути разрешения конфликта
1. Уклонение	<p>Является не продуктивным способом. Человек старается уйти от конфликта любыми способами: не попадать в ситуации, провоцирующие возникновение противоречий; не вступать в обсуждение вопросов, чреватых разногласиями.</p> <p><b>Недостаток:</b> нет возможности приобрести опыт конструктивного разрешения конфликтных ситуаций.</p>
2. Сглаживание	<p>Не самый продуктивный путь. Данные личности всех успокаивают, аргументируя тем, что не нужно сердиться, что мы единая команда, что это пустяк.</p> <p><b>Недостаток:</b> конфликт не произошел, но причина не</p>



	ликвидирована, зреет внутри, в любой момент может произойти взрыв (тлеет внутри). Каждая из спорящих сторон недовольна.
3. Принуждение	Субъект пытается заставить принять свою точку зрения любой ценой. Чаще демонстрации своей власти. <b>Недостаток:</b> вызывает возмущение у заинтересованной в разрешении вопроса стороны.
4. Компромисс (до определенной степени принятие точки зрения оппонента)	Наиболее продуктивный путь. Быстро разрешает конфликт, удовлетворены обе стороны. <b>Недостаток:</b> нельзя проанализировать проблему и соответственно предотвратить в следующий раз ее возникновение.
5. Решение проблемы (ищут наилучший вариант решения конфликтной ситуации, а не за счет других).	Продуктивный путь. Признание различий во мнениях и готовность изучить иные точки зрения, чтобы понять причины конфликта, найти курс действий, приемлемый для всех сторон. Возможна реализация в рамках медиации.

### **Медиация как альтернативный способ разрешения конфликтных ситуаций**

Медиация (eng. mediation — посредничество) — один из методов взаимовыгодного разрешения конфликта при содействии третьей незаинтересованной и независимой стороны (медиатора). Медиация закреплена официально - она регламентирована Федеральным законом РФ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» № 193-ФЗ.

Медиация особенно эффективна в тех случаях, когда необходимо восстановить или сохранить отношения между людьми, так как сохранение их взаимодействия является обоюдовыгодным фактором. Как способ разрешения конфликтов медиация может успешно применяться и применяется практически во всех сферах нашей жизни – взаимоотношения с учениками, отношения с родителями, взаимоотношения со сверстниками и др.

Медиация имеет массу преимуществ по сравнению с другими методами **урегулирования споров.**

- **добровольность**, так как медиация имеет место только в том случае, если стороны по своей воле решили вступить в переговоры с целью достижения взаимопонимания и заключения мирового соглашения. По сравнению с силовыми методами решения спора, медиация позволяет сбалансировать интересы обеих сторон таким образом, чтобы сохранить их значимость и избежать неблагоприятных последствий в будущем;

- **конфиденциальность.** Между сторонами переговоров и медиатором заключается соглашение о конфиденциальности, а это дает сторонам гарантию того, что конфликт не предается огласке. Стороны самостоятельно определяют, нужна ли им конфиденциальность, в части каких сведений и в какой форме;

- **беспристрастность.** Нейтральность – одна из ключевых характеристик лица, которое руководит процессом медиации. Медиатор никоим образом не заинтересован в разрешении дела. Он исполняет роль нейтрального помощника, а не судьи; он не дает советов, не принимает решений, одинаково нейтрально относиться к сторонам (он не заинтересован в выигрыше одной из сторон). Его цель – примирить конфликтующие стороны, а не вынесение решения в пользу одной из сторон;

- **равноправие сторон**, так как стороны имеют равные права в переговорах и в принятии решений;

- **выгода.** В связи с обоюдным решением о начале процедуры медиации, стороны настроены на быстрое и взаимовыгодное разрешение конфликта, а значит, они сами делают все возможное для наиболее удачного разрешения спора.

**- учет интересов.** При разрешении конфликта медиатор основывается не только и не столько на требованиях закона, сколько на интересах и взаимоотношениях сторон, нормах морали и нравственности и личного опыта. Ведь, медиатор - это не обязательно юрист. Это может быть и бухгалтер, и психолог, и педагог, и даже философ.

Из вышесказанного следует, что на данный момент имеется необходимость развивать службы медиации в Забайкальском крае для успешного управления конфликтными ситуациями и предотвращения возникающего в их результате суицидального поведения несовершеннолетних.

### **Психологическая подготовка к ЕГЭ и ОГЭ**

*Составитель: педагог-психолог ГУ «Центр «Семья» Пляскина Надежда Андреевна*

Проблема экзаменационного стресса затрагивает ежегодно сотни тысяч школьников нашей страны. Очень часто именно экзамен становится психотравмирующим фактором, вызывающим психическое напряжение у учащихся средней школы. Известно, что экзаменационный стресс оказывает негативное влияние на нервную, сердечно-сосудистую, и иммунную системы школьников.

Одно из самых важных испытаний для любого человека – выпускные экзамены в школе. Сложным этот период жизни для молодых людей ещё и потому, что они совершают слишком ответственный шаг - определяют свою дальнейшую судьбу.

Проблемы могут возникнуть не только из-за интеллектуальной и эмоциональной перегрузки во время подготовки к экзаменам. Зачастую родители, вместо того чтобы снижать градус напряжения, напротив, подливают масло в огонь, предъявляя к подростку завышенные требования. В числе прочих опасностей, приводящих к психологическому срыву, указаны житейские трудности и опасные интернет-ресурсы.

В настоящее время проблема методического сопровождения предметной подготовки к экзаменам достаточно освещена, тогда как психологический компонент этой подготовки остаётся малоразработанным. Социально-педагогическая и психологическая служба школы вполне может решать некоторые задачи при подготовке к экзаменам и способствовать более успешной сдаче. Возможные трудности при сдаче ЕГЭ и ОГЭ в основном связаны с особенностями восприятия учеником ситуации экзамена, с недостаточным уровнем развития самоконтроля, с низкой стрессоустойчивостью учащихся, с отсутствием навыков саморегуляции. Все эти трудности можно преодолеть через:

1. Знакомство выпускников с особенностями и процедурой тестирования для повышения интереса к результатам;
2. Повышение сопротивляемости стрессу в результате:
  - а) ознакомления с основными способами снижения тревоги в стрессовой ситуации;
  - б) возрастания уверенности в себе, в своих силах;
3. Развитие навыков самоконтроля с опорой на внутренние резервы.

Одно из самых важных испытаний для любого человека – это выпускные экзамены в школе и практически сразу же вступительные в вуз или техникум. Сложным является этот период жизни для молодых людей ещё и потому, что они совершают слишком ответственный шаг, - определяют свою дальнейшую жизнь, судьбу. Эта ответственная пора уже наступила, атмосфера начинает накаляться до максимума. Кому-то из старшеклассников немного тревожно, кому-то страшно, кто-то наоборот, уверен в своих силах, а кто-то из-за волнения не в состоянии вспомнить элементарные правила, законы и т.д. Эти состояния называются экзаменационной или тестовой тревожностью.

В состоянии экзаменационной тревожности и стресса наблюдается:

- повышение артериального давления;
- усиливается потоотделение;
- беспокойный сон;
- понижение волевых функций.

Все это, конечно же, очень мешает подготовке к тестированию. Как в этот непростой период сохранить работоспособность, уверенность в себе, как поддержать хорошую физическую и психологическую форму?

Давайте рассмотрим что же можно и нужно разбирать с ребятами на занятиях.

**Упражнения, направленные на снятие предэкзаменационной тревоги.** Первым шагом к успеху в любом начинании является психологическая установка на успех, абсолютная уверенность в том, что цель будет достигнута. Необходимо приучать к успеху, удаче, сделать её привычной. Известно, что одна из причин, мешающих тревожным людям результативно выступать, состоит в том, что они в большей степени сосредоточены не на выполнении конкретной деятельности, а на том, какие возможны последствия. Поэтому неэффективно ставить перед собой цель типа: «Я должен получить отличную оценку» или «Я должен ответить во что бы то ни стало». Лучше сформулировать её конкретно: «Я должен доказать теорему Пифагора».

Рекомендуем использовать упражнение «Вдохновение». Его цель профилактическое или коррекционное воздействие на личность подростка, оказавшегося в тяжелой эмоциональной ситуации. Эти упражнения направлены на нейтрализацию страхов и опасений перед каким-либо ответственным действием (экзаменам). «Вдохновение» состоит в «репетировании» напряжённой ситуации обязательно в условиях успеха с использованием цветowych и пространственных представлений. Технические условия выполнения таких упражнений состоят в следующем:

- выполнять эти упражнения необходимо утром или днём, но никогда – на ночь;
- внимание тренирующегося фокусируется от большого и среднего круга внимания (широкие, просторные помещения) и спокойных цветowych представлений (голубые и фиолетовые тона) к малому кругу внимания (узкие, тесные помещения) и бодрящим цветам (красный, желтый, оранжевый);
- выполнение упражнения сопровождается музыкой: вначале используется спокойная, плавная музыка, затем постепенно темп убыстряется.

Упражнение «вдохновения» чрезвычайно разнообразны и зависят от «репетируемой» ситуации, но схема их проведения всегда одна и та же.

Рассмотрим еще один пример упражнения направленного на снятие тревожности

#### **Упражнение «Сканирование тела».**

3 раза в день в течении 3-х минут, приняв удобное положение, спросите себя:

- Мой лоб сморщен?
- Брови сдвинуты?
- Челюсти стиснуты?
- Губы сжаты?
- Плечи ссутулены?
- Руки напряжены?
- Мышцы ног тверды?
- Пальцы ног поджаты?
- Чувствую ли я дискомфорт в какой-либо части тела?

Стресс вызывает затруднение дыхания, которое само вызывает стресс. Замкнутый круг! Распространённые ошибки дыхания: дыхание грудью и плечами с подтянутым животом, задержка дыхания.

#### **Упражнение «Дыхание для новичков».**

1. Примите удобное положение;

2. На счет 1-2-3 вдыхайте через нос, опуская диафрагму;
3. На счет 1-2-3-4 выдыхайте, поднимая диафрагму;
4. Делайте паузу перед следующим вдохом.

#### **Упражнение «Прогрессивная релаксация».**

1. Примите удобное положение, закройте глаза;
2. Сократите мышцу, сохраняйте напряжение не более 10 с.;
3. Быстро расслабьте мышцу, сохраняйте расслабление не менее 30 с.;
4. Повторите п.2, п.3;
5. Перейдите к другим мышцам.
6. Последовательность расслабления мышц:
  - правая кисть и рука: сжать кулак и согнуть руку;
  - левая кисть и рука;
  - лицо и голова: поднять брови, стиснуть челюсти, сжать губы;
  - шея и плечи: наклонить голову, поднять плечи;
  - спина: изогнуть спину;
  - правая нога и стопа: поднять ногу с носком на себя;
  - левая нога и стопа;
  - живот: напрячь пресс.

Существуют такие способы снятия напряжения в теле как массаж, зевки и потягивания, ванна и душ, сотрясения тела, прикладывание горячего полотенца к лицу, сон, плавание, баня, физическая нагрузка и т.д. Некоторые упражнения совершенно уместно выполнять делая перерыв во время урока так как они занимают 3-5 минут и способствуют улучшению кровообращения, успокоению.

Что же можно посоветовать выпускнику?

1. Способствовать успешной подготовке к экзаменам будет правильно организованный режим дня. Планируя свой рабочий день, необходимо учитывать особенности своего организма, например, кто вы — «сова» или «жаворонок» и в зависимости от этого максимально загрузить наиболее продуктивное время учебной.

**Лучшее время для занятий – с 9.00 до 13.00 и с 16.30 до 19.30.** Каждый день находите возможность 1-1,5 часа бывать на свежем воздухе, выделите время для физических упражнений. После 2–3 часов работы обязательно надо делать перерыв на 30–40 минут (займитесь спортом, погуляйте на свежем воздухе.) Известно, что чередование умственной и физической нагрузки — это профилактика усталости. Прекращайте физические упражнения за 3 часа до сна. Очень важен и полноценный сон. Он должен быть не менее 8 часов. Можно также позволить себе поспать и днем, час–полтора — не более.

2. Правильное питание — одно из условий успешной подготовки к экзаменам. Оно должно быть разнообразным, богатым витаминами и калорийным. Включите в ваше меню антистрессовые продукты:

3. Обратите внимание на организацию своего рабочего места. Распределите на рабочем столе все необходимые принадлежности в удобном для вас порядке, уберите лишнее. Разместите на столе и стенах предметы и картинки в желтой или фиолетовой тональности, поскольку эти цвета повышают интеллектуальную активность.

4. Составьте план занятий, определите для себя конкретную задачу на каждый день, т.е., что именно сегодня надо изучить. Читая учебник, выделяйте главные мысли. Научитесь составлять краткий план, схему ответа отдельно на каждый вопрос и желателно на бумаге. Повторяйте материал по вопросам.

5. При изучении и повторении материала помните правило «стирания следов». Запоминание материала – это оставление «следов» в памяти. При изучении похожего материала «следы» накладываются и стираются. Чередуйте гуманитарные и точные науки. Изученный материал необходимо повторить через 20 минут. Если это сделать, то

запоминается 70% информации, в противном случае – только 30%. Используйте как можно больше каналов восприятия информации: проговаривайте вслух, рисуйте схемы, пиктограммы, помечайте опорные слова.

### **Методика повторения**

Повторение – это воспроизведение прочитанного своими словами. Время, которое отводится для подготовки к экзаменам, не все школьники используют эффективно. Предлагаемый режим повторения проверен многократно и даёт хорошие результаты. Однако необходимо учитывать два обстоятельства.

1. Имеется в виду повторение уже изученного и усвоенного ранее материала
2. Процесс повторения необходимо производить строго в соответствии со следующими рекомендациями:
  - первое повторение – сразу по окончании чтения;
  - второе повторение – через 20 минут после предыдущего;
  - третье повторение – через 8 часов.
  - четвёртое повторение – через сутки (лучше перед сном).

### **Родителям о детях в предэкзаменационный период**

Тревожность - это естественное, обычное состояние человека в сложной, незнакомой ситуации, и испытывают его абсолютно все люди. Нет человека, который бы не волновался перед экзаменом или перед принятием какого-нибудь ответственного решения. Но когда волнение слишком сильное, оно мешает во время экзамена сконцентрироваться, сосредоточиться на материале, повышает агрессию и формирует общий негативный эмоциональный фон, который может привести к состоянию ступора и, как следствие, к низкому результату тестирования. Родителям следует взять себя в руки, стабилизировать эмоциональное состояние ребенка, рассказать, как можно снизить тревожность и активизировать свои действия на экзаменах.

Психологическая поддержка - это процесс, при котором взрослый сосредоточивается на позитивных сторонах и преимуществах ребенка с целью укрепления его самооценки, помогает ему поверить в свои способности, избежать ошибок, поддерживает в случаях неудач.

Чтобы научиться поддерживать ребенка, родителям придется изменить привычный стиль общения. Вместо того, чтобы обращать внимание на ошибки, взрослому необходимо сконцентрироваться на позитивной стороне его поступков, научиться понимать его переживания. Поддерживать ребенка - значит верить в него. Родители могут выражать веру в ребенка словами, например, «Зная тебя, я уверен, что ты задания по темам "...на экзамене выполнишь хорошо», «Ты знаешь материал, это очень хорошо». Поддерживать можно с помощью совместных действий, физического соучастия, выражения лица, прикосновений: обнять, положить руку на плечо и т. д.

### **Психофизиологическая помощь**

Родители могут оказать ребенку помощь, которая заключается в создании условий для эффективной подготовки к экзаменам, поддержки здоровья, поднятия общего тонуса организма, укрепления иммунитета.

1. Наблюдайте за самочувствием ребенка, при первых признаках переутомления целесообразно сделать перерыв, сменить деятельность, отвлекаться. Объясните подростку, что отдыхать, не дожидаясь усталости - лучшее средство от переутомления.
2. Контролируйте режим подготовки к экзаменам, не допускайте перегрузок.
3. В процессе разработки режима дня помните, что не стоит позволять ребенку заниматься по ночам. Заканчивать занятия необходимо не позже 22:00, перед сном нужно оставлять около часа для отдыха и переключения внимания. Здоровый сон должен быть длительностью не меньше восьми часов. Не стоит заниматься поздно вечером и непосредственно перед сном.

4. Вместе с ребенком определите его биоритмы, «золотые часы», кто он: «жаворонок» или «сова». Если «жаворонок» - основная подготовка проводится днем, если «сова» - вечером. При этом сложные темы можно изучать в периоды наиболее высокой мозговой активности, а хорошо знакомые темы оставлять на периоды спада.

5. Ребенку при подготовке к экзаменам оптимально выбрать режим занятий периодами по 1,5 ч (в режиме 40 мин + 40 мин) с получасовыми перерывами. Во время занятий можно использовать приемы переключения внимания, гимнастику для глаз.

6. Обратите внимание на питание ребенка, оно должно быть регулярным, не менее 5 раз в день, но есть перед сном не рекомендуется. Во время интенсивного умственного напряжения ребенку необходима питательная и разнообразная пища и сбалансированный комплекс витаминов. Такие продукты, как рыба, творог, орехи, курага и т. д., стимулируют работу головного мозга. Необходимо больше витаминов - овощей, фруктов, ягод (брусника, клюква, черника, черная смородина), лимонов и апельсинов.

7. Важно, чтобы ребенок обходился без стимуляторов (кофе, крепкого чая), нервная система перед экзаменом и так напряжена. Привычка к употреблению успокаивающих или стимулирующих средств в дальнейшем может закрепиться и способствовать формированию зависимости от искусственного стимулирования нервной системы.

8. Бесполезной будет попытка ребенка сосредоточиться на материале в комнате, в которой работает телевизор или радио. Если подросток хочет работать под музыку, то договоритесь, чтобы эта музыка была без слов и звучала в фоновом режиме.

9. Дома у ребенка должно быть удобное место для занятий. Правильно организованное рабочее место, достаточная освещенность, возможность уединиться, а также возможность при желании прилечь, расслабиться - необходимы для эффективной подготовки к экзаменам. Проследите, чтобы никто из домашних не мешал. Помните: главное - снизить напряжение и тревожность ученика и обеспечить ему необходимые условия для занятий.

10. Накануне экзамена обеспечьте ребенку полноценный отдых, он должен хорошо отдохнуть и как следует выспаться.

Составлено с использованием материалов сайта:  
[http://school571spb.ru/parents/council\\_of\\_psychologists/rekomend\\_rod\\_exsam.php](http://school571spb.ru/parents/council_of_psychologists/rekomend_rod_exsam.php)  
<https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2014/01/16/rekomendatsii-psikhologa-pri-podgotovke-k-ege>

## **Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению**

*Пасютина Мария Сергеевна, врач-психотерапевт ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им.В.Х. Кандинского»*

Подростковый возраст часто определяется через те радикальные биологические, психологические и социальные перемены, которыми он сопровождается. Наибольшую тревогу как у специалистов, так и у родных вызывает резкий скачок в так называемом рисковом поведении подростков, в результате чего значительно (по некоторым данным на 200%) увеличивается смертность подростков по сравнению с детьми.

Склонность к поведению, угрожающему их жизни и здоровью (злоупотребление ПАВ, небезопасное сексуальное поведение, нарушения пищевого поведения, агрессивное, экстремальное и антисоциальное поведение) у подростков часто сопровождается тяжелыми эмоциональными переживаниями (депрессия, повышенная тревожность, острое чувство одиночества), что создает, по мнению ряда исследователей, предпосылки для самоповреждающего и суицидального поведения.

По данным ВОЗ, на последствия «рискового поведения» приходится до 70% всех подростковых смертей. Более того, учёные обратили внимание, что в то время, как за последние 50 лет во всех возрастных группах наблюдается постепенное снижение уровня смертности, в подростковом возрасте процент снижения либо минимальный, по сравнению с другими возрастами, либо вообще отсутствует. Для некоторых регионов даже отмечается увеличение смертности в возрасте 10-19 лет. Такого рода наблюдения, в сочетании с результатами национальных программ, позволили направить исследования биопсихосоциальных особенностей подросткового возраста в новых направлениях, в частности использовать методы нейровизуализации и принципы нейробиологии для исследования причин и механизмов рискованного поведения подростков.

Анализ импульсивного поведения показал, что, в отличие от рискованного поведения, импульсивность как черта личности развивается линейно, увеличиваясь с возрастом. Таким образом, хотя импульсивность может влиять на склонность подростка к рискованному и, тем более, суицидальному поведению, стоит различать импульсивность как устойчивую черту личности и рискованное поведение, проявляющееся наиболее ярко в подростковом возрасте.

Развитие нейронаук и рост доступности методов, позволили сделать новые открытия. В результате были сделаны первые попытки объяснить причины рискованного поведения подростков с опорой на нейробиологические и психологические аспекты этого возраста. Хотя на сегодняшнем этапе развития нейронаук ещё рано говорить о появлении полноценной модели или даже концепции, которая могла бы объяснить склонность подростков к такому поведению. Но все же нейронауки могли бы предоставить ответы на следующие вопросы:

- 1) почему подросткам недостает когнитивного контроля над импульсивным и рискованным поведением;
- 2) почему, понимая последствия своих действий, подростки, тем не менее, рискуют своей жизнью и здоровьем в долгосрочной перспективе;
- 3) почему поведение подростков меняется в аффективно-значимой ситуации.

Одним из наиболее значимых открытий нейронаук в области возрастной психологии было обнаружение неравномерности созревания генетически более поздних участков коры головного мозга – лобных долей, отвечающих за программирование, контроль и саморегуляцию на фоне достаточного развития более древних – лимбических – структур, являющихся биологической основой эмоционального реагирования (Рисунок №1).

Лимбическая система включает в себя целый ряд филогенетически древних структур, участвующих в организации эмоционально-мотивационного поведения (в том числе половой, пищевой и оборонительных инстинктов), цикла сон-бодрствование, формирования долгосрочной и образной памяти и способности к обучению. Лимбическая система имеет отношение к регулированию уровня реакции автономной, соматической системы при эмоционально - мотивационной деятельности, регулированию уровня внимания, восприятия, воспроизведения эмоционально значимой информации. Наконец, она обеспечивает создание эмоционального фона, формирование и реализацию процессов высшей нервной деятельности. Морфофункционально лимбическая система включает в себя комплексы древней коры, старой коры (гиппокамп и поясная извилина), островковой коры и подкорковые структуры: миндалевидные и сосцевидные тела, переднее таламическое ядро.

С точки зрения рискованного поведения подростков учёных привлекает функциональный круг лимбической системы, включающий в себя миндалевидное тело (миндалину), мезенцефальные структуры и гипоталамус, поскольку этот круг регулирует агрессивно - оборонительные, сексуальные и пищевые формы поведения. Особенности

функционирования миндалины считаются ответственными за агрессию и насилие у подростков, сексуальную расторможенность, неконтролируемое пищевое поведение (Рисунок №2).

В отличие от лимбической системы, кора больших полушарий и особенно префронтальная лобная часть является высшим отделом ЦНС. Базовой функцией префронтальной коры является комплексное управление мыслительной и моторной активностью в соответствии с внутренними целями и планами. Она играет главную роль в создании сложных когнитивных схем и планов действий, принятии решений, контроле и регуляции как внутренней деятельности, так и социального поведения и взаимодействия.

Лобные ассоциативные поля имеют связи с лимбическим отделом мозга, и участвуют в организации программ действия при реализации сложных двигательных поведенческих актов. Роль коры сводится к коррекции возможных нарушений функций, взаимодействующих с ней нижележащих систем, анализа сигналов с учетом индивидуального опыта, организации оптимальной реакции на эти сигналы и формирование памятных следов об этих сигналах и их характеристиках. Основные процессы, происходящие в коре больших полушарий, реализуются двумя состояниями: возбуждением и торможением.

В подростковом возрасте происходит становление и усовершенствование управляющих функций префронтальной коры.

Поскольку процесс становления этих функций заканчивается к 18 годам, для подростков 11-17 лет эти функции ещё не сформированы окончательно.

Слабость и несовершенство префронтальной коры у подростков влечёт за собой целый спектр проблем: рассеянное внимание, слабый контроль над импульсами, гиперактивное поведение. (Рисунок №3)

Таким образом, для детей обе системы – эмоционального и рационального реагирования – ещё находятся в процессе развития, и, хотя для детского поведения тоже характерна импульсивность и концентрация на своих эмоциональных переживаниях, лимбическая система ещё недостаточно развита, чтобы доминировать. В подростковом возрасте полностью созревшая лимбическая система может подавлять или игнорировать «приказы» ещё несовершенных фронтально-кортикальных путей. Как следствие, попадая в эмоционально значимую для себя ситуацию, подросток, даже понимая негативные последствия своих импульсивных и рискованных поступков, принимает субоптимальное решение в пользу более значимого эмоционального стимула. Одной из возможных причин увеличения эмоциональной реактивности является изменение социальных взаимодействий подростков со своим окружением: они стараются больше времени проводить со своими сверстниками, а их конфликты с родителями усугубляются.

Ещё одно из функциональных изменений в развитии нервной системы, которое не соответствует линейному паттерну развития, и с которым связывались попытки объяснить особенности подросткового возраста, являются морфометрические изменения, происходящие в сером и белом веществах головного мозга. Резкое увеличение числа нейронных связей приходится на дошкольный возраст. Однако подростковый возраст характеризуется не менее резким сокращением количества нейронов. Параллельно с резким сокращением числа нейронов продолжается миелинизация активных аксонов. Основная гипотеза сокращения числа нейронов у подростков гласит «Используй их или потеряешь», то есть сокращение серого вещества происходит за счет отмирания тех нейронов и синапсов, которые либо не используются вообще, либо используются недостаточно часто.

Предполагается, что в дошкольном и раннем школьном возрасте основными задачами развития человека является максимальное накопление когнитивного,



чувственного и двигательного опыта, в то время как подростковость – время для более точной когнитивной «настройки», обеспечивающей взаимодействие между структурными и функциональными изменениями в головном мозге. Нарушения в сокращении числа нейронов и нейронных связей или в их активной миелинизации находят объяснение психотических симптомов и психических расстройств, первые проявления которых часто фиксируются в подростковом возрасте, например, шизофрении.

Анализ нейропсихологических особенностей рискованного поведения подростков был бы не полным, если бы мы не упомянули о таком функциональном образовании, как система (психологического) вознаграждения или система внутреннего подкрепления. Более того, система вознаграждения играет настолько фундаментальную роль в формировании системы мотивации и способности человека приспосабливаться к условиям окружающей среды, усваивать и сохранять в памяти новый опыт. что некоторые учёные высказывают предположение, что награда – самый основной фактор эволюции человеческого мозга. С психологической точки зрения в системе вознаграждения выделяют структуры, связанные с научением через подкрепление, переживанием желания (или страсти) и удовольствия (гедонизм). Для описания поведения, которое мотивировано желанием, обычно используются термины «поисковое поведение», «подготовительное поведение», «инструментальное поведение», «опережающее поведение».

Эти наблюдения позволили сделать вывод, что подростки могут сознательно или бессознательно искать ситуации, которые будут стимулировать у них большую выработку дофамина. В любом случае, изменения в выработке дофамина делают подростков уязвимыми с точки зрения злоупотребления ПАВ, а также небезопасного сексуального поведения.

<b>Нейропсихологические изменения</b>	<b>Влияние на рискованное поведение</b>	<b>Возможное влияние на суицидальность</b>
<p>Неравномерность созревания лобных долей на фоне достаточного развития лимбических структур (особый интерес: миндалевидное тело, мезенцефальные структуры и гипоталамус).</p>	<p>Проявления агрессии и насилия, сильные сексуальные возбуждения, неконтролируемое пищевое поведение. Затрудненный выбор между противоречивыми мыслями и мотивами, слабое прогнозирование последствий активности. Контроль над импульсами ослаблен, поведение гиперативное, управление временем плохое, деятельность дезорганизована и прокрастинируется. Суждения, понимание, интерпретация событий и эмоций окружающих часто неправильны, поведение строится на основе ошибочной информации, нарушена способность учиться на ошибках, постоянная социальная тревога.</p>	<p>Адекватная интерпретация значимых событий нарушена, поведение значимых других может быть истолковано неправильно, что при достаточной интенсивности и продолжительности может привести подростка к стойким суицидальным мыслям. Социальная тревога и объективно неправильные поступки могут усугублять суицидальные мысли и планы, особенно в сочетании со склонностью к избегающему поведению и недостаточно развитыми навыками стресс-реагирования. Склонность к импульсивным и необдуманным решениям и поступкам может спровоцировать суицидальную попытку.</p>
<p>Морфометрические изменения, происходящие в сером и белом веществах ГМ и снижение ЭЭГ активности, особенно медленно-волновой.</p>	<p>Повышенная импульсивность, резкая смена сфер когнитивных интересов, неспособность понять самого себя и объяснить свои поступки. Проблемы поведения, вызванные нарушением контроля и саморегуляции.</p>	<p>Резкие изменения в сфере собственных интересов и неспособность понять себя провоцируют спутанность идентичности и туннельное сознание, заикленное на настоящем и неспособное воспринять будущее, что провоцирует суицидальные мысли. Нарушения контроля и саморегуляции может привести к импульсивной суицидальной попытке.</p>
<p>Нейрогуморальные изменения в системе внутреннего подкрепления.</p>	<p>Поиск более частых и интенсивных стимулов, более мощных форм подкрепления, в том числе за счет психоактивных веществ, гиперсексуального поведения или переедания. Аппетентное, или поисковое, поведение подростков направлено на удовлетворение внутренних побуждений без его анализа и учета последствий.</p>	<p>Ангедония, свойственная подростковому восприятию, неспособность испытать удовлетворение и удовольствие усугубляют тревожные и депрессивные состояния у подростков, вызывают стойкие негативные эмоциональные переживания, что часто сопровождается развитием суицидальных мыслей и попыток.</p>

Таким образом, можно сделать вывод, что разнообразные трансформации, происходящие в головном мозге, как биологическом конструкте психики человека, значимо связаны с различными проявлениями рискованного и суицидального поведения в подростковом возрасте. Наиболее существенное влияние на рискованное и суицидальное поведение оказывают естественные гетерохронные процессы созревания различных участков головного мозга, количественные и качественные изменения в сером и белом веществах головного мозга, нейрогуморальные изменения в ЦНС. Тем не менее, нейропсихологические перестройки, затронутые в данной статье, не являются прямым указанием на то, что подросток будет обязательно вовлечён в рискованное и, тем более, суицидальное поведение.

Специалистам, работающим с подростками, помимо общих нейропсихологических изменений необходимо учитывать индивидуальные психологические различия подростков. Можно даже предположить, что вызванные подростковым возрастом нейропсихологические изменения являются лишь предпосылкой для проявления склонности подростков к рискованному и суицидальному поведению, а основными факторами, предопределяющими это поведение, являются психологические личностные или социальные факторы.

---

## ПРИЛОЖЕНИЯ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
Государственное казенное учреждение здравоохранения  
«Краевая клиническая психиатрическая больница им.В.Х. Кандинского»

# АЛГОРИТМ СОБСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

на этапе превенции и интервенции  
суицидального поведения.

**Вазанова Тамара Алексеевна**  
Медицинский психолог  
Кризисной службы, отделения «Телефон Доверия»  
ГКУЗ «Краевая клиническая  
психиатрическая больница  
им. В.Х. Кандинского»  
Главный внештатный специалист  
по медицинской психологии Министерства здравоохранения  
Забайкальского края



## ПРАВИЛА

- **УВЕРЕННОСТЬ**
- **ТЕРПЕНИЕ**
- **АКТИВНОЕ И БЕЗОЦЕНОЧНОЕ  
СЛУШАНИЕ**
- **ИСКАЮЧИТЬ КРИТИКУ**
- **ИСКАЮЧИТЬ ПУБЛИКУ**

**«планирование»,  
«держание паузы»**

**«преодоление  
исключительности  
ситуации»; «поддержка  
успехами»**

**Эмоциональная поддержка**

**доверие**

✓ «*Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я действительно хочу это знать*»

✓ «*Давай сядем и поговорим об этом*»

✓ «*Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь*»

✓ «*Что происходит у нас, из-за чего ты себя так чувствуешь?*»

✓ «*Ты очень много значишь для нас, и меня беспокоит твое настроение. Скажи мне, что происходит*»

✓ «*Если не получится, я буду знать, что ты сделал все возможное*»

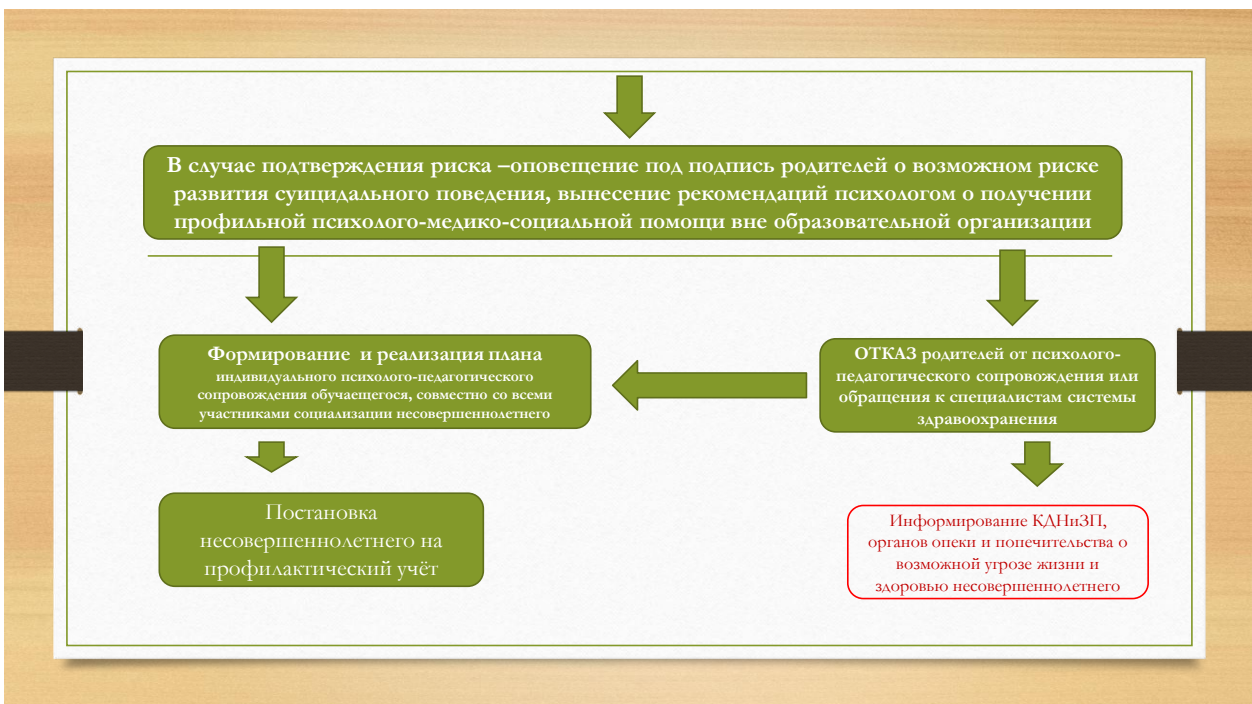
**Слушайте внимательно, что вам ответят. Старайтесь любой ценой сохранить спокойствие и не выдавать моральных оценок: «дурной», «ненормальный», «ужасный человек» и тому подобное. Вы не можете посоветовать человеку, как ему подобает чувствовать. Вы можете разобрать с ним его проблемы и «разбить» их на более конкретные вопросы, которые можно решить шаг за шагом.**





**С учетом возникновения таких осложняющих реакций принципы взаимодействия с суицидальным человеком должны быть следующими:**

- 1. Не впадать в панику.
- 2. Быть вежливым и открытым, принять ПОДРОСТКА как ЛИЧНОСТЬ. Активное и безоценочное слушание.
- 3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
- 4. Тактично искать ситуации, в которых ПОДРОСТОК любим или нужен.
- 5. Вести беседу так, как если бы поддерживающий обладал неограниченным запасом времени. Давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;
- 6. Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
- 7. Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
- 8. Позволить ПОДРОСТКУ проявлять к себе жалость. подчеркивать, что переживания являются естественными;
- 9. Суицидальное поведение следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи. Информировать о системах поддержки личности (ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ, АНОНИМНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ ПСИХОЛОГА)



При **подозрении** или **выявлении кризисного состояния у несовершеннолетнего** на основе результатов диагностики, заключения психолога, наблюдения и бесед с несовершеннолетними и др., с целью оказания своевременной комплексной специализированной помощи:

- обращение в службу экстренной психологической помощи «**Телефон Доверия**» (анонимно, круглосуточно, бесплатно) - **8 (3022) 40-14-83**;
- направляют несовершеннолетнего на консультацию к **медицинскому психологу** в центральную районную больницу или в **Кризисный центр** ГКУЗ «Красная клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», **телефон регистратуры - +7-914-800-54-96**;
- направляют на консультацию к **участковому врачу-психиатру**.

## Психологические особенности подросткового возраста

Бояркина И.А.,  
зав. отделением  
психолого-педагогической помощи  
ГУСО ЦПППН «Доверие»



## Законы психического развития ребёнка

(Л.С. Выготский)

**1. Детское развитие имеет сложную организацию во времени:** свой ритм, который не совпадает с ритмом времени, и свой ритм, который меняется в разные годы жизни. (Так, год жизни в младенчестве не равен году жизни в отрочестве).

**2. Закон «метаморфозы в детском развитии»:** развитие есть цепь качественных изменений. Ребёнок не просто маленький взрослый, который меньше знает или меньше умеет, а существо, обладающее качественно отличной психикой.

**3. Закон неравномерности детского развития:** каждая сторона в психике ребёнка имеет свой оптимальный период развития.

**4. Закон развития высших психических функций.** Высшие психические функции возникают первоначально как форма коллективного поведения, как форма сотрудничества с другими людьми и лишь впоследствии они становятся внутренними индивидуальными функциями самого ребёнка.

## Критерии рассмотрения возраста

(Д.Б. Эльконин)

### 1. Социальная ситуация развития.

Это та система отношений, в которую ребёнок вступает в обществе. Это то, как он ориентируется в системе общественных отношений, в какие области общественной жизни он входит.

### 2. Основной, или ведущий, вид деятельности ребёнка в этот период.

При этом необходимо рассматривать не только вид деятельности, но и структуру деятельности в соответствующем возрасте и анализировать, почему именно этот тип деятельности ведущий.

### 3. Основные новообразования развития.

Новые достижения в развитии перерастают социальную ситуацию и ведут к её "взрыву" – кризису.

### 4. Кризис.

Кризисы – переломные точки на кривой детского развития, отделяющие один возраст от другого.

## Факторы, определяющие изменения растущего поколения (Д.И. Фельдштейн)

Маркетизация рынка (ориентация на потребление, отрыв от культурных традиций).

Маргинализация (неравный доступ к образов. ресурсам, рост девиаций, ограничение активности).

Медикализация (ранняя постановка диагнозов).

Мобилизация (создание неформальных объединений).

## Социальные изменения современного детства

(К.Н. Поливанова)

- Дети являются (и это должно быть признано) активными строителями своего социального места и социальной жизни, а также социальной жизни тех, кто их окружает.
- Любой диалог возможен только при условии (не единственном), что говорящих объединяет язык. Сегодня эти языки все более расходятся.
- Межпоколенный разрыв приведет к маргинализации – сначала молодых, а через несколько десятилетий – их родителей.
- Культура сверстников (peer culture) в современных условиях существенно контрастирует с жизнью под контролем взрослых.
- Сегодня обсуждается тема «гибридной идентичности». Также появляется фрагментированная или мозаичная идентичность.

## Изменения современного подростка (Д.И. Фельдштейн)

- Обеднение и ограничение общения детей.
- Рост количества детей с эмоциональными проблемами.
- Регрессивные изменения в мозговом обеспечении познавательной деятельности и ухудшение механизмов произвольного регулирования в связи с нейроэндокринными сдвигами полового созревания.
- Проблемное течение психического развития в онтогенезе.

### Подростковый возраст (от 9-11 до 14-15 лет).

**Ведущая деятельность** - общение со сверстниками.

Задачи социальной адаптации:

- освоение гендерных ролей;
- освоение моделей взаимоотношений с представителями противоположного пола;
- освоение социальных норм и ценностей.

Принадлежность к группе:

- удовлетворение школьных потребностей;
- возможность разделить с друзьями общие интересы;
- возможность найти сопереживание, сочувствие;
- группа обеспечивает эмоциональную поддержку.

Общение со взрослыми и сверстниками различается:

взрослые – неровные  
отношения;

сверстники - возможность быть лидером.

**Две противоположные тенденции:**

**стремление к индивидуализации;**

**принадлежность к группе.**



## Кризис подросткового возраста

*Протекание возрастного кризиса проходит три фазы:*

- 1) негативную, или предкритическую, когда происходит ломка старых привычек, стереотипов, распад сформировавшихся ранее структур;
- 2) кульминационную точку кризиса (в подростковом возрасте – это 13 лет, хотя эта точка, конечно, достаточно условна);
- 3) посткритическую фазу, т.е. период формирования новых структур, построения новых отношений и т.п.



### *Пути протекания кризиса:*

*Симптомы первого* – это классические симптомы практически любого из кризисов детского возраста:

строптивость, упрямство, негативизм, своеволие, недооценка взрослых, отрицательное отношение к их требованиям, ранее выполнявшимся, протест-бунт.

Некоторые авторы добавляют сюда также ревность к собственности. Для подростка требование не трогать ничего у него на столе, не входить в его комнату, а главное – «не лезть ему в душу».

Остро ощущаемое **переживание собственного внутреннего мира** – вот та главная собственность, которую оберегает подросток и ревниво защищает от других.

*Второй путь* противоположен:

это чрезмерное послушание,  
зависимость от старших или сильных,  
возврат к старым интересам, вкусам, формам  
поведения.



Если «кризис независимости» – это некоторый рывок вперед, выход за пределы старых норм, правил, то «кризис зависимости» – возврат назад, к той своей позиции, к той системе отношений, которая гарантировала эмоциональное благополучие, чувство уверенности, защищенности. И то и другое – варианты самоопределения (хотя, конечно, неосознанного или недостаточно осознанного). В первом случае это: «Я уже не ребенок», во втором – «Я ребенок и хочу оставаться им».

**Позитивный смысл подросткового кризиса** заключается в том, что через него, через борьбу за эмансипацию за собственную независимость, происходящую в относительно безопасных условиях и не принимающую крайних форм, подросток удовлетворяет потребности в самопознании и самоутверждении, у него не просто возникают чувство уверенности в себе и способность полагаться на себя, но и **формируются способы поведения, позволяющие ему и в дальнейшем справляться с жизненными трудностями**

## Подростковые реакции

А.Е. Личко выделяет **реакции на воздействия среды:**

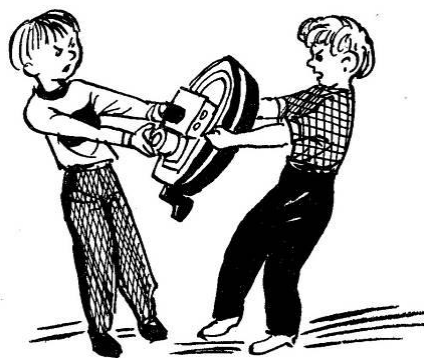
- 1) реакция эмансипации;
- 2) реакция группирования со сверстниками;
- 3) реакция увлечения (хобби);
- 4) реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением.



*Конфликты.  
Управление конфликтами*

**Конфликт**

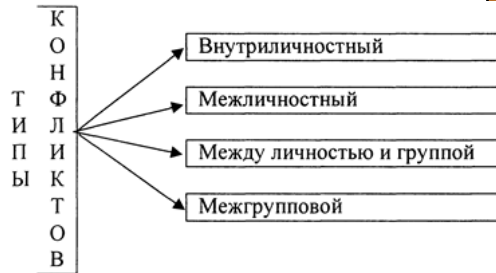
прот  
каждая



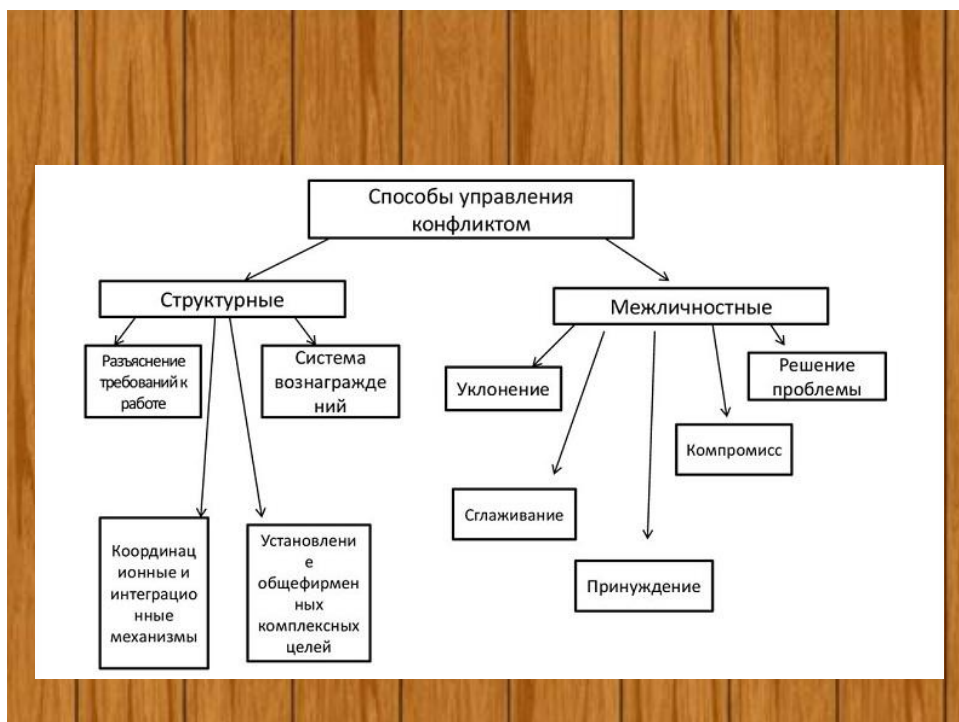
он,  
эвана

## *Типы конфликтов*

- Внутриличностный (Споры с самим собой, познание себя, самоуважение и самореализация приводят к конфликтам внутри себя);
- Межличностный (противостояние друг другу и выяснение своих отношений).









### Медиация как альтернативный способ разрешения конфликтных ситуаций

Медиация - один из методов взаимовыгодного разрешения конфликта при содействии третьей незаинтересованной стороны (медиатора)



В презентации использованы иллюстрации художников  
Г.В.Соколова и В.Н.Курова  
Презентация составлена с использованием интернет ресурсов:  
[http://vsosh-serpuhov.narod.ru/index/mediacija\\_v\\_obrazovanii/0-61](http://vsosh-serpuhov.narod.ru/index/mediacija_v_obrazovanii/0-61)  
[https://works.doklad.ru/view/ATg6\\_kYGKgA/all.html](https://works.doklad.ru/view/ATg6_kYGKgA/all.html)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ.В.Х. КАНДИНСКОГО»

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СКЛОННОСТЬ К РИСКОВОМУ И СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Пасютина Мария Сергеевна  
Врач психотерапевт

**ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ ТЕ РАДИКАЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПЕРЕМЕНЫ, КОТОРЫМИ ОН СОПРОВОЖДАЕТСЯ.**

**НАИБОЛЬШУЮ ТРЕВОГУ ВЫЗЫВАЕТ РЕЗКИЙ СКАЧЕК ТАК В НАЗЫВАЕМОМ РИСКОВОМ ПОВЕДЕНИИ ПОДРОСТКОВ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ЗНАЧИТЕЛЬНО (ПО НЕКОТОРЫМ ДАННЫМ НА 200%) УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СМЕРТНОСТЬ ПОДРОСТКОВ ПО СРАВНЕНИЮ С ДЕТЬМИ**

### **ФАКТОРЫ РИСКА У ПОДРОСТКОВ**

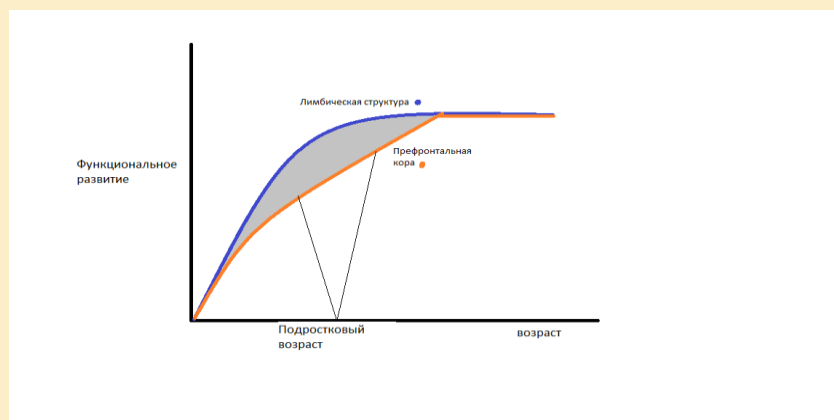
- × Агрессивное, экстремальное поведение
- × Злоупотребление ПАВ
- × Небезопасное сексуальное поведение
- × Повышенная тревожность
- × Острое чувство одиночества
- × Депрессия

---

+ По данным ВОЗ, на последствия «рискового поведения» приходится до **70%** всех подростковых смертей

- 
- ✘ Почему подросткам недостает когнитивного контроля над импульсивным поведением?
  - ✘ Почему, понимая последствия своих действий, подростки рискуют своей жизнью и здоровьем в долгосрочной перспективе?
  - ✘ Почему поведение подростков меняется в аффективно значимой ситуации?

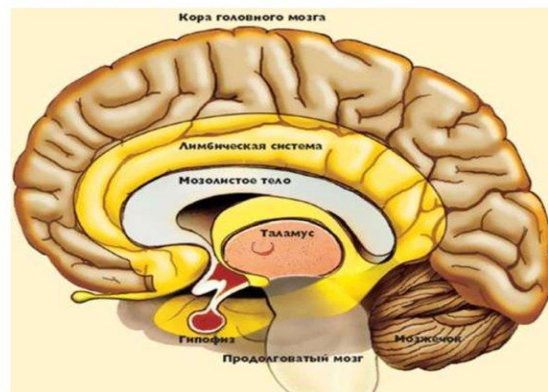
## ПОДРОСТКОВЫЙ МОЗГ- НЕЗАВЕРШЕННЫЙ ПРОДУКТ



### Лимбическая система головного мозга человека

#### Отвечает за:

- Чувства и эмоции;
- Бессознательные реакции;
- Образное мышление
- Приспособление к окружающей среде и её изменениям.



**Деятельность лимбической системы влияет на разум и сознание, но напрямую разумом не осознаётся и не контролируется!!!**



### ПРЕФРОНТАЛЬНАЯ КОРА

помогает думать, что мы говорим  
или делаем, до того, как мы это говорим  
или делаем

- ✘ Подростковость – время для более точной когнитивной «настройки», обеспечивающей взаимодействие между структурными и функциональными изменениями в головном мозге.

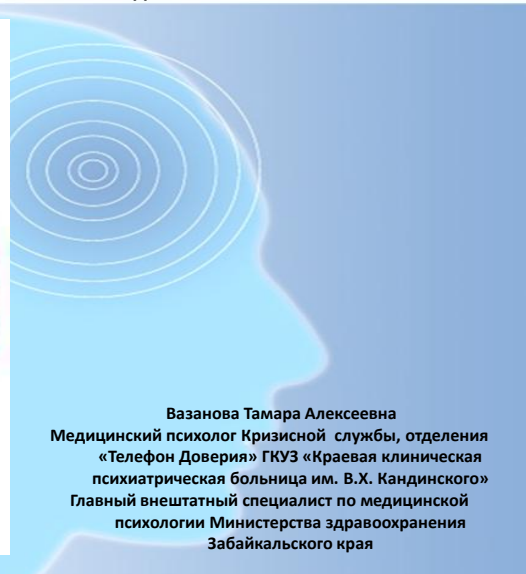
Нейропсихологические изменения	Влияние на рискованное поведение	Возможное влияние на суицидальность
Неравномерность созревания лобных долей, на фоне развитых лимбических структур.	Проявление агрессии, насилия, сильное сексуальное возбуждение, затрудненный выбор между противоречивыми мыслями и мотивами, слабое прогнозирование, нарушена способность учиться на ошибках, постоянная социальная тревога.	Адекватная интерпретация значимых событий нарушена, поведение значимых других может быть истолковано неправильно. Объективно неправильные поступки, могут усугублять суицидальные мысли и планы. Склонность к импульсивным, необдуманным поступкам.

Нейропсихологические изменения	Влияние на рискованное поведение	Возможное влияние на суицидальность
Изменения в сером и белом веществе головного мозга.	Повышенная импульсивность. Неспособность понять самого себя Нарушение контроля и саморегуляции.	Резкие изменения в сфере собственных интересов, туннельное сознание зафиксированное на настоящем, не способное воспринять будущее, что провоцирует суицидальные мысли. Импульсивность.



Нейропсихологические изменения	Влияние на рискованное поведение	Возможное влияние на суицидальность
Нейрогуморальные изменения в системе внутреннего подкрепления.	Поиск более частых интенсивных стимулов, в том числе за счет ПАВ, гиперсексуального поведения или переедания	Ангедония, свойственная подростковому восприятию, усугубляет тревожные и депрессивные переживания, что часто сопровождается развитием суицидальных мыслей и попыток.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**  
**Государственное казенное учреждение здравоохранения**  
**«Краевая клиническая психиатрическая больница им.В.Х. Кандинского»**



Вазанова Тамара Алексеевна  
 Медицинский психолог Кризисной службы, отделения  
 «Телефон Доверия» ГКУЗ «Краевая клиническая  
 психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского»  
 Главный внештатный специалист по медицинской  
 психологии Министерства здравоохранения  
 Забайкальского края

## Школьная травля -

Умышленное, не носящее характера самозащиты, длительно (повторяющееся) физическое или психологическое насилие со стороны индивида или группы в отношении человека, который уступает им (по физическим или психологическим качествам) и не способен защитить себя.

### Буллинг

Индивидуальное насилие

### Моббинг

Групповое насилие

## Статистика:

- По данным зарубежных и отечественных психологов, буллинг — явление достаточно распространенное в школе.
- До 10% детей регулярно (раз в неделю и чаще) и 55% эпизодически (время от времени) подвергаются издевательствам со стороны одноклассников.
- Примерно 20% детей, которые пользуются интернетом, были жертвами школьной травли в сети – интернет в течение года.
- Каждый десятый российский ребёнок подвергается травле чаще одного раза в месяц, при этом 6% детей подвергаются психологическому воздействию либо каждый день, либо 1-2 раза в неделю.
- В группу повышенного риска по частоте агрессивных действий попадают дети 10-12 лет.
- В России обидчиков в два раза больше, чем в среднем по европейским странам
- Пол ребёнка-агрессора не имеет значение.
- Чем старше дети, тем чаще проявляется агрессия.
- Мобильный телефон намного чаще используется для травли среди подростков.

## Виды школьного насилия:

**Эмоциональное**  
(эмоциональное напряжение,  
унижение, снижение самооценки)

насмешки, присвоение кличек, бесконечные замечания и необъективные оценки, высмеивание, унижение в присутствии других детей и пр.

отторжение, изоляция, отказ от общения с жертвой (с ребенком отказываются играть, заниматься, не хотят с ним сидеть за одной партой, не приглашают на дни рождения и т. д.

**Физическое**  
(нанесение физической травмы)

избиение, нанесение удара, шлепки, подзатыльники, порча и отнятие вещей и др.

## Интернет-травля



Травля осуществляется в Интернете через электронную почту, мессенджеры и социальные сети, а также через видеопорталы (YouTube, Vimeo и другие), либо посредством мобильного телефона (например, с помощью SMS-сообщений или надоедливых звонков). Лица, совершающие хулиганские действия (обычно их называют «булли» или «мобберы»), действуют анонимно, - так, что жертва не знает, кто ее преследует.

Виртуальная агрессия включает в себя все виды давления:

- Моральное и психологическое насилие
- Доминирование и принуждение
- Социальную изоляцию
- Запугивание и вымогательство

Используют: **оскорбления, изгнание, аутинг, троллинг, кетфишинг**

## факторы

- Биологические факторы – нейрофизиологические особенности, отклонения в развитии и функционировании нервной и эндокринной системы.
- Психологические факторы: его жизненная позиция, сформированная значимым окружением; межличностные отношения, низкая школьная мотивация, социальное научение

## Участники школьной травли

### Жертва буллинга



### Зрители (наблюдатели)

В школьной ситуации буллинга основная масса детей – наблюдатели. И они также нуждаются в серьезной помощи для осмысления полученного опыта.



### АБЬЮЗЕР –

(от англ. «abuse» – жестокое обращение, власть)

человек, непрерывно подвергающийся эмоциональному (и возможно физическому) насилию жертву, с которой состоит в личных отношениях.

## Жертвами насилия становятся дети, имеющие:

- физические недостатки;
- особенности поведения;
- особенности внешности;
- плохие социальные навыки;
- страх перед школой;
- отсутствие опыта жизни в коллективе;
- болезни;
- низкий интеллект и трудности в обучении.



## Абьюзер

Властные авторитарные семьи

семьи, в которых у матери отмечается негативное отношение к жизни

### Надзиратели в школе

Неполные семьи

Семьи с генетической предрасположенностью к насилию

Семьи с конфликтными семейными отношениями





## Абьюзер



## Наблюдатели



- Нейтральные – сами в конфликте не участвуют и отстраняются от него
- Провоцирующие – провоцируют насилие и травлю, не применяя агрессию (ставки на победителя, съемки на видео)
- Сочувствующие – несогласные с происходящим, но молчат из –за страха оказаться на месте жертвы

## ПОСЛЕДСТВИЯ

- Депрессии, тревожные расстройства, панические атаки, агорафобия во взрослом возрасте.
- У абьюзера - асоциальное поведение, стрессовое состояние, суицидальные мысли.
- У жертвы в подростковом возрасте риск галлюцинаций, бреда и других психотических симптомов, психотические проявления.

## ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ

**Физическое и эмоциональное состояние:** на теле заметны синяки, порезы, царапины неестественного происхождения, порванная одежда, по утрам плохой аппетит, частые головные боли, резкое повышение температуры, беспокойный сон, частые перемены настроения, вспышки гнева и раздражительности.

**Отношения со сверстниками:** регулярно подвергается насмешкам и оскорблениям сверстников, нет ни одного друга в школе, не приводит одноклассников к себе домой, не спрашивает домашнее задание, ребёнка не приглашают на праздники и дни рождения.

**Учебная деятельность, поведение в школе:** ребёнок держится со взрослым, резкое снижение успеваемости, самовольные уходы из школы, выбирает длинный и неудобный путь из школы.

Говоря о наблюдателях (кем бы они ни были), ученые отмечают такие их типичные состояния как чувство вины и ощущение собственного бессилия.

## профилактика

- Эффективность учебной деятельности
- Сладкие отношения между всеми участниками образовательного процесса
- Авторитетный классный руководитель и четкие стандарты поведения:
  - называть вещи своими именами
  - Дать однозначную оценку
  - Травля-общая беда
  - Моральное чувство и выбор
  - Новые правила для группы
  - Контроль над ситуацией
  - Ценность каждого

## Что делать???

**ВАЖНО!!** Без вмешательства третьих сил сами дети не смогут разрешить ситуацию в классе. Только постоянная работа и постоянный контроль.

### **СОБИРАЕМ ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ БАЗУ:**

- Скриншоты, оскорбления, ссылки, показания одноклассников и свидетелей, заключения о поломках вещей, справки о побоях, фото «плевков в портфель», кэш в гугле и т.д.
- Анализируем аккаунты зачинщиков травли в социальных сетях – в каких группах состоят, что постят, как разговаривают. Это поможет при составлении характеристики абьюзеров.
- Записываем аудио и видео (это не частные съемки – это не запрещено). Если просят прекратить, аргументируем, что собираем доказательную базу и пресекаем противоправные действия (по этой же схеме вас снимают на видео в магазинах).

### **ВАЖНО!**

**Диктофон должен быть куплен в российском магазине (сохраните чек), а не на алиэкспресе. Иначе вопросы вам будут задавать спецслужбы.**



## ВОЗДЕЙСТВУЕМ НА ШКОЛУ

- **ОБРАЩАЕМСЯ К КЛАССНОЙ РУКОВОДИТЕЛЬНИЦЕ**, родителям учеников, с которыми сложности у вашего ребенка, к школьному психологу, социальным работникам. Проговорите ситуацию. Определите план действий.

**ИЩЕМ ЮРИСТА** Если ситуация сложная и агрессивная, или чувствуете, что нет времени самому разбираться в тонкостях закона.

- **Обращаемся к психологу.** Он может дать заключение о тяжелом психологическом состоянии и моральном вреде, нанесённом ребенку ситуацией. Выбирайте того, у кого есть лицензия.

**ВАЖНО!** Если этот специалист обладает лицензией, тогда его заключение подойдёт в дело.

- **Пишем заявление:**

1. Директору школы.
2. В комиссию по делам несовершеннолетних
3. В управляющий совет школы; инспектору по делам несовершеннолетних

**Писать придется много. Пишем! Устные встречи – это вы просто поболтать зашли. Пишем в соответствующие инстанции., подробно описывая все обстоятельства.**

- Регулярно общаемся с представителями школы, разговариваем со своим ребенком. При необходимости повторяем процедуру. Параллельно показываем ребенку, что помимо школы есть множество интересных вещей: кружки, блоги, путешествия, спорт и т.д. Объясняем, что проблема не в нем. Да, отношения с этими людьми не сложились, но в жизни и не бывает, чтобы тебя любили все. Мир безграничен, если не получается в одном месте – получится в другом

### Если Вы – первый человек, кому ребенок рассказал о травле:

- сохраняйте спокойствие;
- скажите ребенку, что Вы ему верите и, что он поступил правильно, рассказав Вам об издевательствах, травле;
- выслушайте его рассказ внимательно, проявите терпение, постарайтесь сдержать свои эмоции;
- скажите ребенку, что произошедшее с ним – это не его вина;
- заверьте ребенка в том, что Вы сделаете все возможное, чтобы обеспечить его безопасность;
- проговорить с коллективом сверстников определившуюся проблему;
- при необходимости привлечь родительскую общественность.

### Рекомендации для проведению беседы с ребенком-агрессором

В работе с агрессором важно:

1. Попытаться выяснить его мотив.
2. Говорить о последствиях для агрессора, а не для жертвы, так как детям-агрессорам трудно сопереживать и проявлять эмпатию.
3. Задавать больше открытых вопросов  
- Кто там был?- Кто что делал?- Как это выглядело?- Что происходило?- Как он (ты) себя повел?- Как он (ты) ответил?  
- Что происходило дальше?  
- Кто в этом принимал участие? Как?  
Использовать вопросы «зачем?», «чего ты хотел, когда это делал?», «с какой целью ты это делал»
4. Задавать вопросы по одному, давать ребенку время на обдумывание ответа.
5. Важно, чтобы ребенок признал, какие именно действия он совершал в отношении жертвы: «Что конкретно ты делал».

# ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ДЕТЕЙ ЗА ТРАВЛЮ

## ❑ САМЫЙ СЛОЖНЫЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НАКАЗАНИЙ ПЕРИОД – ДО 14 ЛЕТ.

Всю ответственность за действия детей несут родители и государственные учреждения, где ребенок находится.

Но как заставить их эту ответственность прочувствовать?

Через представителей властей и суды.

**И на всякий случай Статья 5.35. КоАП РФ:** Неисполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию и воспитанию несовершеннолетних.

## ❑ 14 лет - НАСТУПАЕТ ЕГО ЛИЧНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО НЕКОТОРЫМ ПУНКТАМ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА.

УК РФ Статья 111. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (психическое расстройство сюда также относится!) УК

РФ Статья 112. Умышленное причинение вреда здоровью средней тяжести УК РФ Статья 158. Кража УК РФ Статья 161.

Грабёж УК РФ Статья 162. Разбой УК РФ Статья 163. Вымогательство

УК РФ Статья 214. Вандализм

УК РФ Статья 167 часть 2. Умышленное уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах УК РФ  
Статья 213 часть 2. Хулиганство при отягчающих

# С 16 лет ответственность наступает в полной степени

- **УК РФ Статья 110.** Доведение до самоубийства. Доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего.
- **УК РФ Статья 282.** Возбуждение ненависти либо вражды, а равно унижение человеческого достоинства. Действия, направленные на возбуждение ненависти либо вражды, а также на унижение достоинства человека либо группы лиц по признакам пола, расы, национальности, языка, происхождения, отношения к религии, а равно принадлежности к какой-либо социальной группе, совершенные публично или с использованием средств массовой информации либо информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет».
- **УК РФ Статья 116.** Побои. Побои или иные насильственные действия, причинившие физическую боль, но не повлекшие последствий, указанных в статье 115 настоящего Кодекса, совершенные из хулиганских побуждений, а равно по мотивам политической, идеологической, расовой, национальной или религиозной ненависти или вражды либо по мотивам ненависти или вражды в отношении какой-либо социальной группы.
- **УК РФ Статья 110.1.** Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства. Склонение к совершению самоубийства путем уговоров, предложений, подкупа, обмана или иным способом при отсутствии признаков доведения до самоубийства
- **УК РФ Статья 128.1.** Клевета. Клевета, то есть распространение заведомо ложных сведений, порочащих честь и достоинство другого лица или подрывающих его репутацию.
- **КоАП РФ Статья 20.1.** Мелкое хулиганство. Мелкое хулиганство, то есть нарушение общественного порядка, выражающее явное неуважение к обществу, сопровождающееся нецензурной бранью в общественных местах, оскорбительным приставанием к гражданам, а равно уничтожением или повреждением чужого имущества.
- **УК РФ Статья 117.** Истязание. Причинение физических или психических страданий.

Кризисная служба Забайкальского края  
ГКУЗ ККПБ им. В.Х.Кандинского  
г.Чита, Окружной проезд 3.

- Анонимно
- Бесплатно
- Приём ведут медицинские психологи, психотерапевты, имеется возможность консультации у психиатра или врача нарколога.

Запись консультации по телефону **8-914-800-54-96**

**ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ**

**40-14-83**

Подробная информация на сайте: [crisis-center.mya5.ru](http://crisis-center.mya5.ru)