



Управление по делам образования города Челябинска
Муниципальное автономное учреждение
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Тракторозаводского района г. Челябинска
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
ул. Ловина, 18 г. Челябинск, 454007, тел. 7555064, E-mail: cppmsp.tzr@gmail.com

Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних

Памятка предназначена школьным психологам для работы с детьми, склонными к суицидальному поведению.

Памятка содержит базовую информацию о динамике суицидального поведения, его видах, маркерах, факторах риска и антисуицидальных факторах. Приводится описание алгоритма экстренной психологической помощи, оказываемой субъектам образовательной среды, в случае завершеного суицида/риска суицида.

**По материалам Центра экстренной психологической помощи МГППУ, 2013
ГБОУ ВПО МГППУ, 2013**

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ШКОЛЬНОМУ ПСИХОЛОГУ О СУИЦИДАХ

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) **суицид** представляет собой преднамеренные действия человека в отношении себя самого, приводящие к гибели.

Классификация суицидальных проявлений.

Суицидальным поведением называются любые **внутренние и внешние** формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни.

1. Внутренние формы суицидального поведения включают в себя: суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения.

1) Целесообразно выделять особую, недифференцированную «почву» в виде **антивитальных переживаний**. К ним относятся размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: «жить не стоит», «не живешь, а существуешь» и т.п., где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

2) Первая ступень - **пассивные суицидальные мысли** - характеризуется представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольной активности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться», «если бы со мной произошло что-нибудь и я бы умер...» и т. д.

3) Вторая ступень - *суицидальные замыслы* - это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана ее реализации. Продумываются способы суицида, время и место действия.

Третья ступень - *суицидальные намерения* — предполагает присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации называется *пресуицидальным (пресуицидом)*. Качественные характеристики и тип пресуицидальных периодов:

Аффективно-напряженный: подросток фиксирован на своем актуальном состоянии, позиция личности активная при высокой интенсивности эмоциональных переживаний, пресуицидальный период ярко выражен в поведении и носит острый характер, кризисная психотерапевтическая помощь довольно быстро может принести купирующий эффект.

Аффективно-редуцированный тип пресуицидального периода характеризуется эмоционально «холодными», астеническими, депрессивными реакциями. Интенсивность эмоций низкая, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит пролонгированный характер.

2. Внешние формы включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды.

Типология самоубийств, основанная на целях (вид вреда):

- Целью *истинных самоубийств* и тенденций является лишение себя жизни.
- *Демонстративно-шантажное* суицидальное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию своих намерений.
- *Самоповреждение* (членовредительство) – не направляется представлениями о смерти. Цель их ограничивается повреждением того или иного органа.

Типология, основанная на категории смысла:

- *Суицидальное поведение по типу протеста, мести*: возникают в ситуации конфликта. При этом присутствует враждебность, агрессивность к объекту конфликта. Смысл суицида в отрицательном воздействии на объект.
- *Суицидальное поведение по типу «призыва»*: отражает пассивную реакцию личности с целью привлечения внимания к ситуации и возможности получения помощи для ее изменения.
- *При суицидах, направленных на избегание наказания или страдания* – речь идет также о пассивной реакции личности в ответ на угрозу своему социальному, личностному или биологическому существованию.
- *Суицид по типу самонаказания* является протестом против себя и, по существу, самообвинением. Это самообвинение нередко выявляется в рамках депрессивных переживаний.
- *При суицидах в форме отказа (от жизни)*: цель суицида и мотив совпадают (мотивом является отказ от существования, а целью – лишение себя жизни).

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

1. Психическое неблагополучие как факторы риска

- *Предшествующие попытки самоубийства* увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.

- *Депрессивное состояние*, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побег из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства.

Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.

- *Расстройство личности*. С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза, и порядка 80 % совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.

- В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент *психических заболеваний в семье*, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

2. Семейные факторы риска (взаимоотношения в семье)

- Конфликты в семье и распад семьи: такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.

- Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.

- Симбиотические отношения между членами семьи. В таких семьях существует миф от неких особых, «глубоких» отношениях в ней. При попытках подростков установить взаимоотношения вне семьи, они воспринимаются с враждебностью, негативизмом, обесцениванием.

3. События жизни

- Крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы, насилие и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.

- Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или

совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.

Способы информирования о намерении суицида

Можно выделить четыре вида информирования о суициде:

1. Прямое устное сообщение, когда человек открыто выражает свои мысли или планы в отношении суицида.
2. Косвенное устное сообщение, в котором подростки не так явно делятся своими мыслями (например, «Я так больше не могу»).
3. Прямое невербальное информирование (например, приобретение лекарств).
4. Косвенное невербальное сообщение (например, внезапное, без видимой причины завершение планов, раздача любимых предметов и т.д.).

Первичная экспертная оценка суицидального поведения

Каждая оценка суицидального поведения должна включать в себя:

- проверку имеющих отношение к суициду факторов риска;
- историю проявлений суицидального поведения;
- неизменяемые биологические, психосоциальные, психические, ситуативные условия, или состояние здоровья;
- степень проявления текущих суицидальных симптомов, включая уровень ощущения безнадежности;
- внезапные сильные факторы стресса;
- уровень импульсивности и самоконтроля;
- защитные факторы (антисуицидальные факторы).

Защитные (антисуицидальные) факторы личности – это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений. Среди них следует отметить следующие:

- Поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей.
- Религиозные, культурные и этнические ценности.
- Приносящая удовлетворение жизнь в обществе, школьном коллективе.
- Социальная интеграция, например, через учебную деятельность, конструктивное использование досуга.
- Интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким.
- Выраженное чувство долга, обязательность.
- Концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического страдания или ущерба.
- Зависимость от общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих; представления о позорности, греховности суицида.
- Представление о неиспользованных жизненных возможностях.
- Наличие творческих планов, тенденций, замыслов.
- Наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).

Маркеры суицидального состояния

- Высказывания о нежелании жить: «Было бы лучше умереть», «Не хочу больше жить», «Я больше не буду ни для кого проблемой», «Тебе больше не придётся обо мне волноваться», «Мне нельзя помочь»;
- фиксация на теме смерти в литературе и живописи, частые разговоры об этом, сбор информации о способах суицида и их соотношение;
- активная предварительная подготовка к выбранному способу совершения суицида (например, сбор таблеток, хранение отравляющих веществ);
- сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное). Косвенные намеки на возможность суицидальных действий, например, помещение своей фотографии в черную рамку, появление среди сверстников с петлей на шее из подручных средств;
- стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен;
- раздражительность, угрюмость, подавленное настроение, проявление признаков страха, беспомощности, безнадёжности, отчаяния; чувство одиночества (меня никто не понимает и я никому не нужен), сложности контролирования эмоций, внезапная смена эмоций (то эйфория, то приступы отчаяния). Негативные эмоции связаны с нарушением (блокированием) удовлетворения потребности в безопасности, уважении, независимости (автономности). Накануне и в день совершения самоубийства возможно спокойствие;
- угроза нарушению позитивной социальной идентичности «Я», «мое окружение», потеря перспективы будущего;
- необычное, нехарактерное для данного человека поведение, в том числе,
 - более безрассудное, импульсивное, агрессивное, аутоагрессивное, антисоциальное, несвойственное стремление к уединению, снижение социальной активности у общительных людей и, наоборот, возбужденное поведение и повышенная общительность у малообщительных и молчаливых. Возможны злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами;
 - стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;
 - снижение успеваемости, пропуск занятий, невыполнение домашних заданий;
 - приведение в порядок дел, примирение с давними врагами;
 - символическое прощание с ближайшим окружением (раздача личных вещей, фото, подготовка и выставление ролика, посвященного друзьям и близким); дарение другим вещей, имеющих большую личную значимость;
 - попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии другихстораживающих признаков).

Примерная шкала оценки суицидального риска (рекомендации ВОЗ)

- 1. Риск отсутствует.** По сути, риска нанесения себе вреда (членовредительства) не существует.
- 2. Незначительный.** Суицидальные идеи ограничены, нет твердых планов или подготовки к нанесению себе вреда, известно всего лишь несколько факторов риска. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют. У индивидуума нет определенных планов и не было попыток самоубийства в прошлом.
- 3. Умеренный.** На лицо твердые планы и подготовка с заметным присутствием суицидальных идей, возможно наличие попыток суицида в прошлом, и, по крайней мере, два дополнительных фактора риска. Или, при наличии более одного фактора риска суицида, присутствуют суицидальные идеи и намерение, но отрицается наличие четкого плана. Присутствует мотивация улучшить, по возможности, свое текущее эмоциональное состояние и психологический статус.
- 4. Высокий.** Четкие и твердые планы и подготовка к тому, чтобы причинить себе вред, или известно, что у индивидуума были многочисленные попытки самоубийства в прошлом, наличие двух или более факторов риска. Суицидальные идеи и намерения вербализуются наряду с хорошо продуманным планом и средствами для выполнения этого плана. Индивидуум проявляет когнитивную жесткость и отсутствие надежд на будущее, отвергает предлагаемую социальную поддержку.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ В СИТУАЦИИ СОВЕРШЕННОГО СУИЦИДА/РИСКА СУИЦИДА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Суицид, совершенный учащимся образовательного учреждения (далее –ОУ), затрагивает всех субъектов образовательной среды:

- учащихся;
- родителей;
- педагогов;
- администрацию;
- других сотрудников ОУ.

В связи с этим организация деятельности психолога ОУ по оказанию психологической помощи должна строиться таким образом, чтобы взаимодействовать со всей системой в целом. Также следует осуществлять межведомственное взаимодействие при необходимости оказания медицинской, правоохранительной, социальной, информационной и других видов помощи.

В ситуации совершенного суицида/риска суицида основные направления работы психолога в ОУ заключаются в своевременном выявлении суицидального риска (у одноклассников погибшего, друзей), превентивных мерах, кри-

зисном вмешательстве.

I. Превентивные меры

Превенция суицидов включает в себя профилактику и своевременное выявление суицидального риска.

Школы – наиболее важные площадки для продвижения здоровья и превентивного вмешательства в суицидальные действия молодежи (WHO, 2004).

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школы, решают, с учетом степени суицидального риска, следующие задачи:

1. Программы предотвращения самоубийств, рассчитанные на подростков **группы высокого риска**, направлены на снижение факторов риска (депрессия, чувство безнадежности, стресс, беспокойство и гнев) и усиления личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки)

2. Программы **профилактики самоубийств**, направленные на улучшение психологической адаптации, снижают вероятность развития антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшают идентификацию своего «Я». *На этапе возникновения антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и намного реже к учителям, школьным психологам. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска может помочь им оказать именно ту помощь, в которой они нуждаются, дает знания о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу/подруге обратиться к консультанту.*

3. **Просветительские** программы по проблеме самоубийств рассчитаны на общий контингент школьников, педагогов, родителей. Позволяют повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки. *Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. К сожалению, только приблизительно 25% учащихся рассказывают взрослым, если у их друга/подруги возникла идея суицида. Однако тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить эти цифры.*

Формы и методы работы по осуществлению превентивных мер

1. Профилактические мероприятия: психологическое просвещение, тренинги, семинары, групповые дискуссии, разработка антикризисного плана действий в экстремальных и чрезвычайных ситуациях в ОУ.

Индивидуальная и групповая работа с учащимися включает: планирование и проведение *тренингов в группе, индивидуальные консультации* с детьми с целью нормализации их психического и психофизиологического состояния, проработки позитивного будущего, формирование позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками.

Этому способствует также организация *группового обсуждения* темы с использованием, например, методики «Ценить настоящее», цикла занятий «Позитивное мышление», «Работа с эмоциями», обучение саморегуляции. Пониманию и предотвращению проблемы способствуют также показ и обсуждение фильмов в школьном кино-кафе.

Совместная деятельность с классными руководителями

В целях повышения психологической компетентности педагогов (классных руководителей) необходимо проводить на педагогических советах информирование учителей: о видах суицида, психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, «знаках», говорящих о суицидальных намерениях, о создании безопасной атмосферы в образовательном учреждении, возможностях получения помощи (для всех субъектов образовательной среды) в преодолении кризиса (с указанием мест ее получения).

С целью оценки психоэмоционального состояния детей можно посоветовать родителям применять «Родительскую анкету для оценки травматических переживаний детей» Тарабриной Н.В.

Для родителей:

2. Планировать выступление на родительских собраниях с целью информирования родителей о психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, особенностях поведения подростка, имеющего суицидальные намерения, создании безопасной психологической атмосферы в семье, о имеющихся психологических службах .

Мысли, эмоции подростка с суицидальными намерениями отражаются в его поведении. Суицидальные «маркеры» можно выявить на основе наблюдения, беседы, диагностических методик, изучения документов (рисунков, выдержек с сайтов персональных страничек, предпочитаемых фильмов, песен и т.п.).

Чтобы адекватно понять суицидальное поведение, необходимо в каждом конкретном случае ответить на два вопроса: «*почему*» человек совершает или намеревается совершить суицидальное действие и «*зачем*» он хочет это сделать. Ответ на первый вопрос требует *анализа объективных условий существования* суицидента; ответ на второй вопрос должен объяснить, как *сам суицидент оценивает сложившуюся ситуацию*, как, по его мнению, эта ситуация выглядит в глазах окружающих и чего он хочет добиться в результате суицидальных угроз или реализации суицидального действия.

2.1. Анализ объективных характеристик: социодемографических, биографических, культуральных данных. Наблюдение за поведением в стрессовых ситуациях, эмоциональным состоянием, успеваемостью, например, с использованием карты наблюдений (КН) Д. Стотта (в адаптации Г. Л. Исуриной, 1976; В. А. Мурзенко, 1979) [16]. Методика используется для диагностики трудностей адаптации ребенка в школе, анализа характера дезадаптации и степени неприспособленности детей к школе по результатам длительного наблюдения, дает возможность получить картину

эмоционального состояния ребенка, не позволяющего ему адекватно приспособиться к требованиям школьной жизни. Для анализа объективных методов объективных используются шкалы суицидального риска.

2.2. Анализ субъективных характеристик:

2.2.1. Опросники, направленные на выявление:

- *безнадёжности* (Hopelessness Scale, Бек А., 2006);
- *депрессии* у детей и подростков (Шкала депрессии М. Kovacs; Индекс хорошего самочувствия WBI (ВОЗ);
- *одиночества* (UCL Д. Рассел, М. Фергюсон);
- *агрессии* (Басса-Дарки, Басса-Перри);
- *личностной предрасположенности* (ММРІ, ПДО А.Е. Личко, Опросник негативной аффективности - Шкала DS-14 тип Д);
- *способов преодоления кризисных ситуаций* – (COPE).

2.2.2. Проективные методы:

- Методика на выявление суицидального риска у детей – ПСН-2;
- Метод незаконченных предложений, Рисуночный тест Сильвера.

II. Кризисное вмешательство при высоком риске суицида

В случае выявления высокого риска потенциального суицида у одного или нескольких учащихся психолог ОУ:

1. Информировать о суицидальных намерениях учащегося узкий круг лиц, которые могут повлиять на принятие мер по снижению риска (администрацию, классного руководителя, родителей). Согласовывает с ними дальнейшие действия.
2. Осуществляет кризисную психологическую помощь подростку с суицидальными намерениями. При необходимости, согласовывает свои действия с другими специалистами (например, антикризисных подразделений МАУ ЦППМСП, Центра экстренной психологической помощи, иными антикризисными службами).

Во время общения с подростком и его социальным окружением психологу важно:

- Сохранять спокойствие и предлагать поддержку.
- Не осуждать, не конфронтировать.
- Не бояться задавать вопросы о суицидальных намерениях.
- Признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как «нормальный» вариант.
- Поощрять полную откровенность.
- Больше слушать, чем говорить.
- Сконцентрировать процесс консультирования на «здесь и теперь».
- Избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует.
- Обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред.
- Определять, справляется ли ребенок со своими чувствами, не оказывают ли они влияние на его повседневные занятия.
- Получать сведения от родителей, учителей, родственников и друзей об из-

менениях в поведении, их продолжительности, актуальной ситуации и возможных провоцирующих событиях.

- Выявлять и актуализировать антисуицидальные факторы.
- Изучать наличие и качество поддержки семьи и сверстников.
- Доверительно побеседовать с преподавателями, родителями и другими специалистами (школьный учитель или психолог), дать им понять, что ребенку требуется общение, заинтересованность, поддержка и понимание.
- Если симптомы сохраняются, в особенности, если они угрожают здоровью или мешают повседневной жизни ребенка, психолог должен донести до родителя необходимость консультации детского психиатра.

Целью психологической помощи является улучшение понимания и принятия себя, своих эмоций, тренировка умения успешного разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками, повышение уровня адаптации.

III. Алгоритм действий психологов в образовательном учреждении в ситуации совершенного суицида

1. Установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации

На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классным руководителем, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по выявлению группы риска и оказанию экстренной психологической помощи. Психолог или администрация ОУ могут самостоятельно инициировать обращение за помощью в иные организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи (например, в антикризисные подразделения ЦППМС, Центр экстренной психологической помощи).

В случае поступления запроса специалистам психологи Центров также, в первую очередь, взаимодействуют с администрацией ОУ, далее осуществляют взаимодействие со всей системой ОУ, устанавливают контакт, собирают предварительную информацию о ситуации, о состоянии учащихся, о группах, задействованных в данной ситуации (дети, родители, учителя), о предпринятых мерах, уточняют запрос, определяют совместно с администрацией и психологом ОУ антикризисный план действий с каждой группой, осуществляют психологическое сопровождение субъектов образовательной среды в кризисной ситуации. При проведении следственных мероприятий на территории ОУ необходимо психологическое сопровождение участников образовательной среды, задействованных в этих мероприятиях.

Взаимодействие с классным руководителем, социальным педагогом включает в себя получение необходимой предварительной информации о состоянии отдельных учащихся, сбор анамнеза, информации о степени включенности детей в ситуацию (говорили, знали, обсуждали, слышали), о степени близости отношений, организация встречи с учащимися, подготовка к встрече с родителями.

В случае необходимости психолог участвует в психологическом обеспечении траурных мероприятий (на кладбище), что даст возможность специалисту оценить как психологическое состояние участников церемонии, так и ближайшее внешкольное окружение погибшего.

В целях локализации распространения слухов, информации травмирующей ближайшее окружение суицидента психологу желательно совместно с администрацией ОУ принимать участие в подготовке информации по происшествию, особенно предназначенной для СМИ.

2. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи

В психотравмирующей ситуации при выраженных признаках психологического неблагополучия экстренная психологическая помощь должна оказываться как детям, пережившим травматическое событие, и их родителям, так и, в основном, в виде психологической поддержки, педагогам, руководителям ОУ.

Возможные реакции на суицид:

- Шоковые состояния с тревогой, растерянностью.
- Тревожно-фобические реакции (содержательно связанные и не связанные с событием).
- Подавленность, тоска, чувство вины.
- Агрессия, раздражение.
- Актуализация старых, непроработанных проблем.
- Усиление антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения.
- Психосоматические реакции (вегетативные реакции, нарушения работы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, проблемы с дыханием).

2.1. Встреча с классом, в котором произошел суицид

Психолог ОУ (совместно со специалистами МАУ ЦППМСП) в первую очередь осуществляет первичную диагностику психофизиологического состояния учащихся. Психолог ОУ проводит **встречу с классом**, в котором произошел случай (при необходимости может быть проведена беседа в нескольких классах):

Групповая форма работы:

Беседа с детьми позволяет:

- Оценить наличие явной или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в кризисном состоянии, так и его окружения.
- Упорядочить информацию, выстроить последовательность событий (абсолютный хаос в порядок).
- Групповое обсуждение травматического события позволяет учащимся лучше понять произошедшее, понять погибшего (его проблемы, «пусковые» факторы, послужившие последней каплей, глубину отчаяния, его чувства), отреагировать свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, вернуть чувство

самообладания, утраченное равновесие. На равновесие влияют несколько взаимодополняющих факторов: реалистическое восприятие события; наличие адекватной поддержки (социальных ресурсов); адекватный способ разрешения проблемы. Следует не избегать травматического опыта, а находить ресурс для преодоления и дальнейшего развития (стали взрослее, ответственнее).

– Информировать учащихся об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия (рассказать, для чего они существуют, как работают, оставить их номера телефонов).

После группового занятия, на основе наблюдения и беседы, психолог приглашает часть нуждающихся в психологической помощи ребят на индивидуальную консультацию с целью уточнения степени воздействия травматического события и его преодоления. Часто ребята приходят сами, считая, что им нужна помощь психолога. Обращения могут быть связаны с различными страхами (остаться одному, спать без света, приходиться в то место, где был совершен суицид), плохим самочувствием, чувством вины, раскаянием, подавленным настроением и др. Также, обращения ребят могут быть направлены на получение консультаций по вопросам непонимания, одиночества, низкой самооценки. После группового занятия, в случае, если сформировано доверие, ребенок может поделиться суицидальными мыслями.

Индивидуальная форма работы:

При индивидуальной форме работы, направленной на оценку состояния при аутоагрессии деструктивного характера, беседа обычно проводится по следующим этапам (таб. 1).

Таблица 1

Этапы беседы	Главные задачи этапа	Используемые приемы
Начальный этап	Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства»	«Сопереживание», «Эмпатийное выслушивание»
Второй этап	Установление последовательности событий, которые привели к кризисной ситуации; снятие ощущения безвыходности ситуации	«Преодоление исключительности ситуации», «Поддержка успехами и достижениями», «Структурирование беседы», «Постоянное внимание к содержанию», «Определение конфликта»
Третий этап	Совместное планирование деятельности по	«Интерпретация», «Планирование»,

	преодолению кризисной ситуации	«Удержание паузы», «Фокусирование на ситуации»
Заключительный	Окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка	«Логическая аргументация», «Рациональное внушение уверенности»

В целях оценки травматических переживаний детей при проведении индивидуальной беседы (с 8-го класса), возможно применение полуструктурированного интервью Фатхи О. «Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве». Непосредственное общение между психологом и ребенком во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия.

Для учащихся средней школы можно применить проективный тест «Несуществующее животное». Для учащихся начальных классов, - диагностическую методику Бетенски Мала «Что ты видишь?».

Проективные методики, методы арттерапии, игровые упражнения также позволят более полно оценить степень включенности в ситуацию, меру переживания и степень суицидального риска учащихся.

Необходимо помнить о том, что на третьи сутки, как правило, наступает психологическое и физическое истощение у людей, переживших травматическое событие, поэтому психологическую работу необходимо планировать с учетом динамики состояния пострадавших.

При выраженности, длительности или стабильности перечисленных выше болезненных проявлений, возникших в ответ на травматическое событие, необходимо индивидуальное психологическое консультирование подростка (по его запросу, запросу родителей или администрации школы).

2.2. Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку (в постсуицидальный период). В этот период времени консультирование должно быть сфокусировано на оценку наличия суицидальных намерений и их снижении (болезненных фантазий о смерти, неприятии, враждебности, потере и наказании), а также на стабилизацию ситуации.

Распознавание суицидальных тенденций и их диссимуляции важны для предотвращения повторных покушений на самоубийство в ближайшем или позднем постсуицидальном периоде.

Выделяют **четыре типа постсуицидальных состояний:**

1) Критический:

- а) Конфликт утратил свою актуальность. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность», привело к «обрывающему» эффекту.
- б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет.
- в) Отношение к совершенной попытке негативное - чувство стыда перед

окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертвы и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

2) Манипулятивный:

а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий подростка на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к совершенной попытке рентное — легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом, однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. *При втором типе постсуицидальных состояний вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.*

3) Аналитический:

а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента.

б) Суицидальных тенденций нет.

в) Отношение к попытке негативное – раскаяние за совершенное покушение, «понимание того, что суицид не является адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. *В случае, если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как необдуманый шаг под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.*

4) Суицидально-фиксированный:

а) Конфликт актуален.

б) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимулируются).

в) Отношение к суициду — положительное.

При данном типе постсуицида подросток продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т. е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

Особенности беседы после совершенного суицида

Одна из частых ошибок психолога, контактирующего первый раз с подростком, совершившим покушение, является тактика интервью, в соответ-

ствии с которой разговор о суициде переносится на конец беседы. Это связано с представлением о том, что выяснение вопросов, связанных с самоубийством, может ухудшить контакт с подростком.

Психологическое консультирование родителей направлено на:

- Информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними.
- Рекомендации по вопросам взаимоотношения с детьми.
- Информирование об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия.
- В случае выраженности негативных реакций на травматическое событие, оказание экстренной психологической помощи.

Взаимодействие с классным руководителем, другими педагогами

Для школьного психолога во многом именно педагог является связующим звеном между ребенком, его родителями и психологом. Педагоги в силу своей профессиональной деятельности больше всего контактируют с детьми и их родителями, поэтому они (наряду с родителями) могут обратить внимание на изменения в поведении ребенка, заметить признаки психологического и психического неблагополучия.

Психолог ОУ:

- Информировует о признаках психологического неблагополучия, о влиянии травматического события на психику ребенка (как о закономерностях, так и возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой.
- Дает рекомендации педагогам (или консультирует) по вопросам взаимоотношения с детьми, пережившими данные события. Повышение психологической компетенции сотрудников образовательного учреждения по данным вопросам поможет избежать состояния растерянности и беспомощности и, во многом, определит выбор более активных и эффективных способов совладания с данной проблемой, поможет предотвратить профессиональное выгорание.
- Обращает внимание педагогов на их собственные чувства, возникшие в связи ситуацией, оказывает им (по их запросу) психологическую помощь (осознание, принятие, отреагирование чувств, актуализация ресурсов, формирование совладающего поведения). Педагог, который сумел совладать с ситуацией, может внести вклад в установление благоприятных условий для обучения ребенка.

Если педагог приглашает психолога на родительское собрание, то психолог имеет возможность дать необходимую информацию не только сотрудникам образовательных учреждений, но и родителям - о возможных реакциях ребенка на травму, о взаимодействии с ним, о ситуациях, когда взрослые могут справиться самостоятельно, а когда, к кому и по каким адресам следует обратиться за профессиональной помощью. Педагог на собрании сам может дать родителям краткую информацию о психологической службе в школе, телефон службы. В случае если педагог видит необходимость

профессиональной помощи конкретным детям, он может порекомендовать родителям обратиться с ребенком в психологическую службу (к школьному психологу или в Центр психолого-медико-социального сопровождения) с целью нормализации состояния, проработки чувств, снижения и предотвращения негативных последствий для психики ребенка.

3. Заключительный этап

3.1. Психологу необходимо установить согласованный «срок завершения» данной работы: то есть, когда основные проблемы, связанные с событием, решены и начинается обычная школьная жизнь.

3.2. Если в СМИ, по телевидению, в Интернете продолжают выступать по этому поводу, информировать учащихся школы об имеющихся манипулятивных действиях (если этот факт имеет место), о том, насколько данная информация может быть искажена, кому она может быть выгодна, как к ней относиться.

3.3. Провести с педагогическим составом занятия по минимизации стрессового воздействия: тренинги по саморегуляции.

3.4. Отслеживать психоэмоциональное состояние детей в целях профилактики расстройств эмоционального спектра.

3.5. С целью выявления отставленных реакций у детей и подростков необходимо проведение психодиагностических мероприятий с использованием полуструктурированного интервью «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» Тарабриной Н.В., Шкалу депрессии для детей и подростков М. Kovacs.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.
2. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. – № 4.
3. Бетенски М. Что ты видишь? Новые методы в арт-терапии. – М.: Эксмо-пресс, 2002.
4. Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006.
5. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, – 2008.
6. Воликова С. В., Холмогорова А. Б. Проявления эмоциональной дезадаптации у школьников из различных социальных групп // Другое детство. Сборник научных статей / Ред. Л. Ф. Обухова, Е. Г. Юдина, И. А. Корепанова. – М., 2009. – С. 108–118.
7. Вроно Е. М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков / Е. М. Вроно. – М.: Академический проект, 2001.
8. Вроно Е. М., Ратинова Н. А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков / Е. М. Вроно, Н. А. Ратинова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. Стр. 38–46.
9. Всемирная организация здравоохранения. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. – Женева, 2006. 30 С.
10. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 30 С.
11. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО Речь, – 2000. – 310 С.
12. Когнитивная терапия: полное руководство / Пер. с англ. – М.: ООО «ИД Вильямс», 2006. – 400 с.
13. Костюкевич В. П., Биркин А. А., Войцех В. П., Кучер А. А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога / В. П. Костюкевич, А. А. Биркин, В. П. Войцех, А. А. Кучер. – М., 2003.
14. Матафонова Т. Ю., Пелешенко М. А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве // Методическое руководство. – Ч. 2. – 2006.
15. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) Том 2. Популяционные группы и профилактика суицида. Перевод на русский язык выполнен в Московском НИИ Психиатрии под редакцией проф. В.Н. Краснова. – М., 2010.

16. *Прихожан А. М. Толстых Н. Н.* Психология сиротства. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с. URL: <http://psychlib.ru/mgppu/PPs-2005/PPs-400.htm> (дата обращения: 26.06.2013).
17. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когито- Центр, 2005.
18. *Тарабрина Н. В.* Практическое руководство по психологии травматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. – М.: Когито-Центр, 2007. (Психологический инструментарий).