ПАМЯТКА
психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних

Одна из острейших проблем современного российского общества – проблема аутоагрессивного поведения и суицидов, особенно среди подростков и молодежи.

Суицид занимает 13-е место среди причин смерти во всем мире (WHO, 2005), причем частота этого явления постоянно растет. В Европе суицид является ведущей причиной смерти среди мужчин молодого и среднего возраста (WHO, 2005). У подростков в возрасте от 15 до 19 лет среди причин смерти суициды занимают третье место.

По данным Всемирной организации здравоохранения Россия находится на третьем месте по количеству завершенных зарегистрированных суицидов и на первом месте по числу суицидов среди молодежи (14-24 года). По данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. Сербского на 2010 год в России частота подростковых суицидов составляет 19,8 случаев на 100 000 подростков; в Москве эта частота составляет 4,9 на 100 000, в то время как попытки суицида совершает каждый 12 подросток. Примечательно, что (по данным МГППУ) в последнее время в Москве (февраль 2012 г.) более чем в два раза, по сравнению с предшествующим периодом (2008 – 2011 г.), увеличилось количество обращений детей и подростков в службу «Детский телефон доверия» по вопросам, связанным с суицидальными мыслями или намерениями.

Основные причины суицида несовершеннолетних: неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, одиночество. Особенно остро проблема подростковых суицидов ощущается в мегаполисах и крупных населенных пунктах. Этому способствуют, в том числе, смещение ориентиров с нравственных внутрисемейных ценностей на материальное и социальное положение в обществе, изменение приоритетов воспитания в современном образовании, бесконтрольное использование подростками Интернет-ресурсов. Мощным фактором, влияющим на подростка, является система его социальных связей, прежде всего семья. Вместе с тем именно для подростков все большее значение приобретают отношения со сверстниками (дружеские связи, первые влюбленности и т.п.).

Спецификой подросткового возраста является повышенная сензитивность, совпадающая с периодом неопределенности и вхождения во взрослую жизнь. Зачастую это способствует тому, что в кризисной ситуации подросток может выбирать добровольный уход из жизни как наиболее «легкий» способ ее разрешения. Кроме того, подробное и детализированное освещение подростковых суицидов в СМИ, с чем мы имеем дело в настоящее время, как правило взывает «эффект заражения» («эффект Вертера»), что порождает новую волну суицидов в соответствующей возрастной или социальной группе. Такое положение нельзя оставить без внимания.

Вместе с тем, поскольку большая часть времени жизни современного подростка связана с образовательным учреждением, то именно система образования может стать реальной площадкой для работы по раннему выявлению и профилактике суицидального поведения учащихся. Решение этих задач можно существенно продвинуть через деятельность школьной психологической службы.

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.

Парасуицид (Kreitman N., 1969, 1970) — несмертельное умышленное самоповреждение, которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. По определению ВОЗ (1982) парасуицид - синоним суицидальной попытки. N. Kreitman определял парасуицид как призыв о помощи, способ воздействия на окружающих с целью изменения сложившейся ситуации, и относил к ним суицидальные акты с истинным намерением умереть, но не закончившиеся смертью.

Суицидальное поведение — стремление человека покончить жизнь самоубийством.

Классификация

• *Прямое суицидальное поведение* — суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершённые суициды.

• *Непрямое суицидальное поведение* — подросток бессознательно подвергает себя риску, опасному для жизни, не имея при этом желания умереть (алкогольные эксцессы и злоупотребление психоактивными веществами, злостное курение, переедание, голодание, злостные нарушения правил уличного движения, пренебрежение своим здоровьем, стремление подвергаться хирургическим вмешательствам, делинквентное поведение, некоторые экстремальные виды спорта).

Возрастные особенности суицидального поведения

Для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку.

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является экзистенциальный кризис, обусловленный психологической депривацией.

В молодом возрасте наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером.

Факторы и ситуации суицидального риска

Суицидальное поведение у детей и подростков зачастую вызвано сложной мотивацией, и включает:

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

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

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

✓ У подростков такие факторы, как психические заболевания в семье наряду с нездоровыми семейными отношениями, пренебрежение и жестокое обращение, отсутствие любви и заботы в детстве могут потенциально увеличить риск суицида.

✓ В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент психиатрических заболеваний в семье, недостаток поддержки семьи, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

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

✓ Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частности, среди молодежи тоже 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.

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

✓ 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 об-

ращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.

✓ 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.

Иными словами, самая большая степень риска – это когда у человека есть средства, возможность и конкретный план совершения самоубийства на фоне отсутствия сдерживающей силы.

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, они, как изоляционный материал, предохраняют от самоубийства. 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 избежание 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, имеющим большую личную значимость;

- ✓ попытка уединиться: закрыться в комнате, убежать и скрыться от друзей (при наличии других настораживающих признаков).

Учитывая, что развитие суицидальных тенденций часто связано с депрессией, необходимо обращать внимание на ее типичные симптомы, о которых могут сообщить учителя, родители.

- ✓ Часто грустное настроение, периодический плач.
- ✓ Безнадежность и беспомощность.
- ✓ Снижение интересов к деятельности или снижение удовольствия от деятельности, которая раньше ребенку нравилась.
- ✓ Поглощенность темой смерти.
- ✓ Постоянная скука.
- ✓ Социальная изоляция и сложности во взаимоотношениях.
- ✓ Пропуск школы или плохая успеваемость.
- ✓ Деструктивное поведение.
- ✓ Низкая самооценка и чувство вины.
- ✓ Повышенная чувствительность к отвержению и неудачам.
- ✓ Повышенная раздражительность, гневливость или враждебность.
- ✓ Жалобы на физическую боль, например, боль в желудке или головную боль.
- ✓ Сложности концентрации внимания.
- ✓ Значительные изменения сна и аппетита.

Не все из перечисленных симптомов могут присутствовать одновременно. Однако наличие двух или трех поведенческих признаков указывает, что у ребенка может быть депрессия и ему нужна помощь специалиста.

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 СИТУАЦИИ СОВЕРШЕННОГО СУИЦИДА/РИСКА СУИЦИДА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

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, превентивных мерах, кризисном вмешательстве.

I. Превентивные меры

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

На этапе возникновения антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, реже к учителям, школьным психологам. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска такого поведения может помочь оказать им 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.

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.

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школы, решают, с учетом степени суицидального риска, следующие задачи (Guo B, Harstall C.2002):

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 антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшают идентификацию своего «Я».
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.

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[1].

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, простраивания 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

[1] Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.

учреждении, возможностях получения помощи (для всех субъектов образовательной среды) в преодолении кризиса (с указанием мест ее получения).

В целях диагностики суицидального риска учащихся, классные руководители могут предложить руководителям самостоятельно оценить потенциальный суицидальный риск собственного ребенка, например, применив «Родительскую анкету для оценки травматических переживаний детей»[2]. Классные руководители, могут поручить родителям самостоятельно оценить суицидальный риск собственного ребенка, применив, например, Родительскую анкету для переживания травматических переживаний детей.[3]

Для родителей:

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.

2. Диагностика суицидального риска

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.). Для выявления депрессии, агрессивных и аутоагрессивных тенденций можно использовать:

- шкалу депрессии для детей и подростков M. Kovacs (адаптация и валидизация осуществлена в лаборатории клинической психологии и психотерапии (рук. А.Б. Холмогорова) Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития);
- шкалу агрессии Басса-Перри[4];
- методику на выявление и предупреждение самоубийств (В.П. Костюкевич, А.А. Биркин, В.П. Войцеха, А.А. Кучер)[5];

---

[2] Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии травматического стресса, Ч. 2, Бланки методик, - М., Изд–во «Когито – Центр», 2007., 77 стр. (Психологический инструментарий).

[3] Костюкевич В.П., Биркин А.А., Войцеха В.П., Кучер А.А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога, М., 2003.

[4] Костюкевич В.П., Биркин А.А., Войцеха В.П., Кучер А.А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога, М., 2003.

[3] Зинкевич–Евстигнеева Т.Д. «Практикум по сказкотерапии». СПб.:. Речь, , 2002.

- проективные методы (рисунки на свободную тему, «Мое состояние», метод незаконченных предложений, игру «Волшебная страна чувств»[6]).

II. Кризисное вмешательство при высоком риске суицида

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

1. Информирует 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 ЦППМС, Центра экстренной психологической помощи МГППУ, 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 индивидума 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 изменениях 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.

---

[6] Зинкевич–Евстигнеева Т.Д. «Практикум по сказкотерапии». СПб.: Речь, , 2002 .

Целью эффективной психологической помощи является лучшее понимание личностью собственного «Я», выявление конфликтующих эмоций, повышение самоуважения, изменение неадаптивного поведения, тренировка умения успешного разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками.

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 МГППУ). В случае поступления запроса специалистам ЦППМС, ЦЭПП МГППУ 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, читали, слышали), о степени близости отношений, организация встречи с учащимися, подготовка к встрече с родителями.

В целях локализации распространения слухов психологу необходимо осуществлять грамотное взаимодействие с журналистами, в т.ч. совместно с администрацией ОУ подготовить информацию по происшествию, которая в случае необходимости будет представлена в СМИ.

2. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи

В психотравмирующей ситуации при выраженных признаках психологического неблагополучия экстренная психологическая помощь должна ока-

зываться 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 антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения.
- ✓ Психосоматические реакции (вегетативные реакции, нарушения работы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, проблемы с дыханием).

Встреча с классом, в котором произошел суицид

Психолог ОУ (совместно со специалистами ЦППМС, ЦЭПП МГППУ) 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, находящемся 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, формировать позитивное будущее, вернуть чувство самообладания, утраченное равновесие. На равновесие влияют несколько взаимодополняющих факторов: реалистическое восприятие события; наличие адекватной поддержки (социальных ресурсов); адекватный механизм разрешения проблемы. Следует не избегать пугающего 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 преодолении его. Часто ребята приходят сами, считая, что им нужна помощь психолога. За этим решением могут быть скрыты различные страхи: оставаться одному, спать без света, приходить в то место, где был совершен суицид, плохое самочувствие, чувство вины, раскаяние, подавленное настроение и др. Часть же обращений ребят направлено на получение консультаций по вопросам непонимания, одиночества, низкой самооценки. Психолог должен уметь развести заявленные проблемы на связанные с конкретной травматической ситуацией или кризисными проявлениями ребят.

Индивидуальная форма работы:

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

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 преодолению кризисной ситуации	«Интерпретация», «Планирование», «Удержание паузы», «Фокусирование на ситуации»
Заключительный этап	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»[7]. Непосредственное общение между психологом и ребенком во время интервью дает предпосыл-

[7] Матафонова, Т.Ю., Пелешенко, М.А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве [Текст] / Т.Ю.Матафонова, М.А. Пелешенко // Методическое руководство. Ч. 2, 2006.

ки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия.

Для учащихся средней школы (с 1-го по 7-е классы) можно применить проективный тест «Несуществующее животное» (рисунок цветными карандашами, варианты: молча или с вопросами психолога)[8].

Для учащихся начальной школы можно применить диагностическую методику Бетенски Мала «Что ты видишь?»[9].

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).

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.

При работе с несовершеннолетними для более полной адаптации подростка не только в школе, но и семье более эффективным является семейное консультирование.

Организуя психокоррекционую работу с учащимися по переживанию травматического события специалист – психолог должен иметь соответствующий рабочий инструментарий по работе с травмой: набор психокоррекционных техник и методов, упражнений, как для детей, так и подростков, направленных на создание психологически безопасной атмосферы в группе, коррекцию эмоциональной сферы, снятие тревоги, беспокойства, работу со страхами, психокоррекцию агрессивных и аутоагрессивных тенденций, психокоррекцию сна, выработку внутренней свободы, на понимание своих це-

---

6 Матафонова Т.Ю., Пелешенко М.А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве / Методическое руководство, часть 2, 2006.

[9] Бетенски Мала «Что ты видишь?»/ Арттерапия, «Эксмо – пресс», 2002.

лей, потребностей, преодоление препятствий, выработку навыков поиска выхода из сложных ситуаций, формирование позитивного образа будущего. Необходимо применять техники психокоррекции эмоционального состояния в соответствии с возрастом учащегося, применять и обучать учащихся методам саморегуляции.

При оказании экстренной психологической помощи горюющему ребенку, оказывая поддержку, и планируя коррекционную работу с ним - помнить об этапах нормального горевания.

Если необходимо, спланировать работу по психологическому обеспечению траурных мероприятий (быть на кладбище), что даст возможность специалисту оценить психологическое состояние участников церемонии, ближайшее внешкольное окружение учеников.

Психологическое консультирование родителей направленно на:

- Информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними;
- Рекомендации по вопросам взаимоотношения с детьми;
- Информирование о 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 поведения ребенка, заметить признаки психологического и психического неблагополучия. Психолог ОУ:

- Информирует 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 со-

владания 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 не только сотрудникам образовательных учреждений, но и родителям необходимую информацию 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 оказания профессиональной помощи психологами и другими специалистами в нормализации состояния, проработке чувств, снижении и предотвращении негативных последствий для психики ребенка.

3. Заключительный этап

3.1. Психологу необходимо установить согласованный «срок завершения» данной работы: то есть, когда официально в школе прекращаются разговоры о суицидальном происшествии и начинается обычная школьная жизнь.

3.2. Если в СМИ, по телевидению, в интернете продолжаются выступления по этому поводу, информировать учащихся школы о имеющихся налицо манипулятивных действиях, о том, насколько данная информация может быть искажена, кому она на руку, 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 вы-

явления признаков посттравматического стресса у детей» Тарабриной Н.В., Шкалу депрессии для детей и подростков M. Kovacs.

Полезная информация

- ✓ Телефон «горячей линии» Центра экстренной психологической помощи МЧС России (бесплатно, *круглосуточно*) - **8 (495) 626-37-07**
- ✓ Телефон психологической поддержки в Центре социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (бесплатно, *круглосуточно*) **8 (495) 637-70-70**
- ✓ Телефон доверия экстренной медико-психологической помощи (бесплатно, *круглосуточно*) **8 (499) 791-20-50**
- ✓ Телефон отделения суицидологии ФБГУ Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития (бесплатно) **8 (495) 963-75-72**
- ✓ Детский телефон доверия, работающий под единым общероссийским номером (бесплатно, *круглосуточно*) **8-800-200-122**
- ✓ «Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета (бесплатно, *круглосуточно*) **8 (495) 624-60-01** или **8-800-200-122**
- ✓ Телефон неотложной психологической помощи (Московская служба психологической помощи населению) (бесплатно, *круглосуточно*) **051**
- ✓ Московская служба психологической помощи населению – запись на очное консультирование (бесплатно) **8 (499) 173-09-09**
- ✓ «Дети Онлайн» консультирование по вопросам: как оградить детей от негативного контента, преследование, шантаж, домогательства в Интернете (бесплатно, с 09-00 до 18-00 по рабочим дням) **8-800-250-00-15**

Литература

1. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and casuality of suicidal behaviours: an international perspective. Suicide and life threatening behaviour1995, 25:36-57.
2. Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programmes for children and youth. Edmonton, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment, 2002. ReportNo. HTA 26.
3. Platt S, et al. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introductionandpreliminaryanalysisfor 1989. Actapsychiatricascandinavica1992, 85:97-104.
4. Бетенски, Мала Что ты видишь? Новые методы в арт-терапии [Текст]/ Мала Бетенски – М.: Эксмо – пресс, 2002.
5. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М.: МГППУ, 2006.
6. Войцех,В.Ф. Клиническая суицидология [Текст]/ В.Ф.Войцех- М.: Миклош, - 2008.
7. Вроно, Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков [Текст] / Е.М. Вроно - М.: Академический проект, 2001.
8. Вроно, Е.М., Ратинова, Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков [Текст] / Е.М. Вроно, Н.А. Ратинова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. - М., 1989, с. 38-46.

9. Всемирная организация здравоохранения Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. - Женева 2006, 30 С.
10. Ефремов, В.С. Основы суицидологии [Текст]/ В.С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004, 30 С.
11. Зинкевич–Евстигнеева, Т.Д. Практикум по сказкотерапии [Текст]/ СПб.: ООО Речь, - 2000, 310 С.
12. Костюкевич, В.П., Биркин, А.А., Войцеха, В.П., Кучер, А.А. Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога [Текст] / В.П. Костюкевич, А.А. Биркин, В.П. Войцеха, А.А. Кучер. - М., 2003.
13. Матафонова, Т.Ю., Пелешенко, М.А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве [Текст] / Т.Ю.Матафонова, М.А. Пелешенко // Методическое руководство. Ч. 2, 2006.
14. 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 профессора В. Н. Краснова. Москва — 2010.
15. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия [Текст] / Г.В. Старшенбаум. М.: Когито- Центр, 2005.
16. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии травматического стресса, Ч. 2, Бланки методик, - М.: Когито- Центр, 2007. (Психологический инструментарий).