

**Министерство здравоохранения Омской области
БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница
им. Н.Н. Солодникова»**

**Омская государственная медицинская академия
Областная общественная организация
«Омское Общество психиатров»**

**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Методические рекомендации

**ОМСК
2018**

УДК 616.89-07-053.2(72)

ББК 57.336.14-4я81

P22

Рецензент:

Куприянова Ирина Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая отделом профилактической психиатрии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН

Александрова Н.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е.

P22 Особенности суицидального поведения у детей и подростков: методические рекомендации / Н.В. Александрова, Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалева. – Омск: Издательство «Спектр плюс», 2018. – 48 с.

Издание второе, дополненное и переработанное

Одобрено: Министерством здравоохранения Омской области

Авторы:

Александрова Наталия Викторовна, к.м.н., врач-психотерапевт БУЗ ОО Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова, Доцент Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского

Иванова Татьяна Ильинична, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии Омского государственного медицинского университета.

Крахмалева Ольга Евгеньевна, к.м.н., главный внештатный детский психиатр МЗ ОО, заместитель главного врача БУЗ ОО Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова

Методические рекомендации рассмотрены и рекомендованы к применению Проблемной Комиссией 55.12 «Основные психические заболевания и наркология» Научного совета № 55 по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера РАМН МЗСР РФ.

Рекомендации содержат детальное описание особенностей суицидального поведения в детско-подростковом периоде. Представлена классификация суицидов, причины и проявление суицидального поведения. Описаны методы диагностики суицидальной настроенности у детей и подростков. Представлены основные методы коррекции и психотерапии детей с суицидальной настроенностью.

Рекомендации предназначены для практических врачей психиатров, неврологов, педиатров, медицинских работников образовательных учреждений и центров социальной помощи детям и подросткам, интернов, ординаторов.

УДК 616.89-07-053.2(72)

ББК 57.336.14-4я81

© Александрова Н.В., Иванова Т.И.,
Крахмалева О.Е., 2018

© ООО «Омское общество психиатров», 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Причины суицидов.....	6
Классификация суицидов.....	9
Особенности суицидального поведения в разных возрастных группах	16
Проявление суицидального поведения.....	18
Психологическая диагностика суицида.....	22
Методы коррекции и психотерапии.....	30
Литература.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), за последние 30 лет число суицидов, совершаемых детьми и подростками в мире, возросло в 30 раз. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков (Положий Б.С. 2011). Установлено, что показатели частоты суицидов среди детей и подростков имеют существенные различия, достигающие 6,5 раза. Минимальный уровень отмечается в Северо-Кавказском, Центральном и Южном федеральных округах. Он уступает общероссийскому и сопоставим с общемировым. Далее следуют Северо-Западный и Приволжский округа, где частота суицидов близка к общероссийскому уровню. Наиболее неблагоприятная ситуация отмечается в Уральском, Дальневосточном и Сибирском округах. В двух последних частота суицидов (соответственно 33,8 и 36,3 на 100 000) превышает общероссийский показатель в 1,8 раза, а общемировой – в 5 раз (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012)

К факторам, влияющим на развитие суицидального процесса у детей и подростков, относятся: биологическая предрасположенность, отсутствие психолого-психиатрического компонента диспансеризации, асоциальная или неполная родительская семья, патологическое воспитание в родительской семье, конфликты со сверстниками, в т.ч. любовные, индуцирование суицидального поведения средствами массовой информации, социально-экономическое

неблагополучие регионов, этнокультуральные особенности, несоответствие существующих форм и методов оказания суицидологической помощи требованиям времени и последним достижениям суицидологической науки и практики (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012).

Для решения указанных проблем необходимо создание отвечающей современным требованиям системы профилактики суицидального поведения у детей и подростков.

КЛАССИФИКАЦИИ СУИЦИДОВ.

Суицидальное поведение – это ответ на глубинные переживания, а они связаны с тем, что по-настоящему актуально. Чем младше ребенок, тем в большей степени он внедрен в жизнь семьи, тем больше своим суицидом он "дебатирует" именно с семьёй. Роль "последней капли" играют школьные ситуации, поскольку школа – это место, где ребенок проводит значительную часть своего времени. В школьном конфликте могут участвовать и сверстники, и учителя.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в *специфике суицидальных действий*:

- **Самоповреждения.** Характерно сочетание как ауто -, так и гетероагрессии. В анамнезе – воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях; чаще всего эпилептоидный тип акцентуации характера; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злорадство, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

- **Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом.** Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные или возбудимые типы акцентуаций; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к «переигрыванию», заканчивающемуся летально. Если ситуация не разрешается – возможен повтор.

- **Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией.** Семьи таких подростков дис-

гармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6 класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает падение авторитета. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск более безболезненных способов, не приносящих ущерба (при этом окружающим заранее сообщается о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств). При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

• ***Суициды с мотивацией самоустранения.*** Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. Поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуация, психический инфантилизм; а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный криз, как правило, выливается в неврастение. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбирают, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаянье; риск повтора невелик.

Суицидальное поведение подростков бывает демонстративным, аффективным, истинным.

• ***Демонстративное суицидальное поведение.*** Это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия пред-

принимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или, наконец, наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, доставить ему серьезные неприятности. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения. Место, где совершается демонстрация, обычно свидетельствует о том, кому она адресована. Следует, однако, учитывать, что демонстративные по замыслу действия вследствие неправильного расчета или иных случайностей могут иметь роковые последствия.

- ***Аффективное суицидальное поведение.*** К нему относятся суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь обычно мелькает мысль, чтобы расстаться с жизнью, или такая возможность допускается. При аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами.

- ***Истинное суицидальное поведение.*** Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим и предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких. При истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению.

Е. Шир выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: **преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное.**

ПРИЧИНЫ СУИЦИДОВ

Еще Э. Дюркгейм (1912) выделил четыре основных мотива суицидов: альтруистический и эгоистический, с одной стороны, фаталистический и анемический – с другой.

Действительно, сознательный уход из жизни возможен во имя какой-то большой цели, убеждений, ради спасения людей и т. д. Такие поступки, совершаемые по альтруистическим мотивам, высоко оцениваются обществом. Однако в подростковом возрасте мотивы суицидальных действий чаще всего эгоистические.

Нередко при анализе суицидов путают понятия: причина, условия и повод. Еще в начале XX века известный российский суицидолог М. Я. Феноменов (1914) писал о необходимости различения понятий мотива и причины суицида, подчеркивая, что для социолога важна в первую очередь причина самоубийства, в то время как для психолога – мотив.

Причина суицидального поведения – понятие глубокое и сложное. Оно уходит своими корнями в социально-психиатрический анализ проблемы. Причина – это все то, что вызывает и обуславливает суицид. А. Г. Амбрумова (1983) основной причиной суицидальных действий считает социально-психологическую дезадаптацию личности. Помимо главной причины могут быть еще и второстепенные (болезнь, семейно-бытовые трудности и т. д.). От причины следует отличать условия и повод. Под *условиями* понимают такой комплекс явлений, который хотя и не порождает конкретные следствия, но выступает необходимой предпосылкой их становления и развития. Нет причин и следствий без определенных условий. Условия существенно влияют не только на действия причин, но и на характер следствий. Одни и те же причины в неодинаковых условиях приводят к различным следствиям. Анализируя причи-

ны суицидов, приходится повсеместно встречаться с зависимостью их от условий.

Повод, в отличие от причины, – это событие, которое выступает толчком для действия причины. Повод носит внешний, случайный характер и не служит звеном в цепи причинно-следственных отношений. Поэтому анализ поводов самоубийств не выявляет их причин.

А. Е. Личко (1974) к числу наиболее частых причин суицидов среди подростков относит:

- 1) потерю любимого человека;
- 2) состояние переутомления;
- 3) уязвленное чувство собственного достоинства;
- 4) разрушение защитных механизмов личности в результате употребления алкоголя, гипногенных психотропных средств и наркотиков;

5) отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство;

6) различные формы страха, гнева и печали по разным поводам.

Д. Д. Федотов и соавт. (1978) отмечают, что суицидальные попытки и намерения (по типу истерических реакций) чаще возникают у подростков в ответ на систематическое словесное унижение, игнорирование их мнения близкими, ущемление самостоятельности, в ответ на конфликтные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем и приемом других наркотических средств, вследствие присущих данному возрасту сексуальных проблем. Суициды и покушения, обусловленные психическими расстройствами (аффективно-шоковые и депрессивные реакции), по данным авторов, чаще возникают в результате незаслуженного наказания или унижения, исходящих от родителей и друзей, оскорбления чувства дружбы и любви, исключения по разным причинам из учебного заведения, измены.

А. А. Султанов (1983), изучая причины суицидального поведения у практически здоровых подростков и юношей, выделил три основные группы факторов:

1. Деадаптация, связанная с нарушением социализации, когда место молодого человека в социальной структуре не соответствует уровню его притязаний.

2. Конфликты с семьей, чаще всего обусловленные неприятием системы ценностей старшего поколения.

3. Алкоголизация и наркотизация как почва для возникновения суицидальной ситуации и предпосылок для быстрой ее реализации.

С. В. Бородин и А. С. Михлин (1978) классифицируют мотивы и поводы суицидальных поступков (в порядке уменьшения их удельного веса) на следующие группы:

1. Лично-семейные конфликты, в том числе:

- несправедливое отношение (оскорбление, обвинения, унижения) со стороны окружающих;

- ревность, супружеская измена, развод;

- потеря значимого другого, болезнь и смерть близких;

- препятствия к удовлетворению ситуационной актуальной потребности;

- неудовлетворенность поведением и личностными качествами значимых других;

- одиночество, изменение привычного стереотипа жизни, социальная изоляция;

- неудачная любовь;

- недостаток внимания, заботы со стороны окружающих;

- половая несостоятельность.

2. Состояние психического здоровья:

- реальные конфликты у психически больных;

- патологические мотивировки;

- постановка психиатрического диагноза.

3. Состояние физического здоровья:

- соматические заболевания, физические страдания;
- уродства.

4. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента:

- опасение судебной ответственности;
- боязнь иного наказания или позора;
- самоосуждение за неблаговидный поступок.

5. Конфликты в профессиональной или учебной сфере:

• несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа;

• несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей.

6. Материально-бытовые трудности (чаще речь идет о завышенных притязаниях).

7. Другие мотивы и поводы.

Становление различных концепций самоубийства сопровождалось выдвиганием соответствующих классификаций. Мы воспользуемся типологической моделью, принятой в отделе экстремальных состояний МИН психиатрии. Она построена на основе психологической теории деятельности (А.Н.Леонтьев) и концепции суицида как следствии социально-психологической дезадаптации личности в условиях конфликтов (А.Г.Амбрумова).

Данную классификацию можно представить в виде схемы:

Антивитальное переживание.

Внутреннее суицидальное поведение.

1. Пассивные суицидальные мысли.
2. Суицидальные замыслы.
3. Суицидальные намерения.

Внешние формы суицидального поведения.

1. Подготовка к суициду.
2. Суицидальная попытка.
3. Завершенный суицид.

Типы личностного смысла:

1. *Протест, месть.*
2. *Призыв.*
3. *Избегание (наказания, страданий).*
4. *Самонаказание.*
5. *Отказ.*

Постсуицидальное состояние.

По отношению к суициду:

1. Критический.
2. Манипулятивный.
3. Аналитический.
4. Суицидально-фиксированный.

По времени:

1. Ближайший постсуицид - 1 нед.
2. Ранний постсуицид - до 1 мес.
3. Поздний постсуицид - до 5 мес.

А теперь, подробнее по каждому пункту.

Антивитаальные переживания - размышления об отсутствии ценности жизни, которые выражаются в формулировках типа: “жить не стоит”, “не живешь, а существуешь”, где еще нет четких представлений о собственной смерти, а имеется отрицание жизни.

Пассивные суицидальные мысли - характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания: ”хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться” и т.п.

Суицидальные замыслы - активная форма суицидальности, продумываются способы суицида, время и место действия.

Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслам волевого компонента.

Период от возникновения суицидальных мыслей до попыток реализации называется пресуицидом. Он может быть острым и хроническим.

Суицидальная попытка - это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончив-

шея смертью. Она проходит в 2 фазы. Первая - обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая - необратимая.

Появление суицидальной цели и дальнейшее ее превращение в самостоятельный мотив, обладающий побудительной силой, обуславливается ситуацией конфликта у дезадаптированных лиц, то есть препятствием к удовлетворению актуальной потребности.

1. “Протестные” формы суицидального поведения возникают в ситуации конфликта, когда объективное его звено враждебно или агрессивно по отношению к субъекту, а смысл в отрицательном воздействии на объективное звено. **“Мечь”** - конкретная форма протеста, нанесения ущерба враждебному окружению. Предполагается наличие высокой самооценки и самоценности, активную или агрессивную позицию личности с механизмом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию.

2. При поведении типа **“призыва”** смысл состоит в активации помощи извне с целью изменения ситуации. При этом позиция личности пассивна.

3. При суицидах **“избегания”** суть конфликта в угрозе личностному или биологическому существованию, которой противостоит высокая самоценность. Смысл - избегание непереносимой ситуации путем самоустранения.

4. “Самонаказание” можно определить как “протест во внутреннем плане личности”, конфликт при своеобразном расширении “Я”, интериоризации и сосуществовании 2х ролей: **“Я - судья”** и **“Я - подсудимого”**, уничтожение в себе врага.

5. При суицидах **“отказа”** мотивом является отказ от существования, а целью - лишение себя жизни.

Постсуицид представляет собой “результатирующую” таких составляющих, как конфликтная ситуация, сам суицидальный акт (с его “психическим” и соматическим компонентами), особенности его прерывания и реанимация,

соматические последствия, новая ситуация и личностное отношение к ней.

После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде выделяются 3 главных компонента:

1. Актуальность конфликта.
2. Степень фиксированности суицидальных тенденций.

3. Особенности отношения к совершенной попытке.

На этом основании принято выделять 4 типа постсуицидальных состояний:

1. Критический.

1. Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
2. Суицидального мотива нет.
3. Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменит положения, не разрешит ситуацию. Вероятность повторения - минимальная.

2. Манипулятивный.

1. Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.
2. Суицидальных тенденций нет.
3. Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический.

1. Конфликт по-прежнему актуален.
2. Суицидальных тенденций нет.
3. Отношение - раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.

4. Суицидально - фиксированный.

1. Конфликт актуален.
2. Суицидальные тенденции сохраняются.
3. Отношение к суициду положительное.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.

Рассматривая суицидальное поведение детей, необходимо учитывать, что понятие смерти как категории прекращения жизни у них, как правило, не сформировано. Таким образом, **суициды ребенка и взрослого человека принципиально различны.**

До 3-х лет ребенок еще не имеет границ, отделяющих его от окружающего мира, не различает мертвое и живое. У него нет представлений о времени, о будущем, а значит, и о смерти. Если в течение первых лет жизни ему приходится сталкиваться с феноменом смерти, то возникающие в связи с этим представления и эмоции, лишь отражают реакции на смерть значимых для него людей, особенно матери. Суициды в этом возрасте встречаются крайне редко.

У дошкольников некоторые представления о смерти уже, как правило, сформированы. Однако при этом они часто считают смерть уделом исключительно стариков, не допуская мысли о возможности прекращения собственной жизни. Кроме того, у большинства детей этого возраста нет понимания необратимости смерти.

У школьников уже отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти, хотя смерть еще продолжает оцениваться ими как временное явление. При этом у многих все же присутствует страх умереть, чаще – страх смерти родителей.

Причинами суицидов у детей 7-10 лет чаще всего являются развод родителей, смерть близкого человека, животного и **всё чаще – наркозависимость**. Нарастающая социальная дезадаптация, одиночество, нравственные и физические страдания, отсутствие перспективы порождают тревогу, агрессию, аутоагрессию, нередко выражающиеся в суицидальном поведении.

Подросткам свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, что и находит свое отражение в молодежной субкультуре. Тема смерти является особенно привлекательной, нередко она приобретает для юношей и девушек даже ореол таинственной романтичности.

Большинство авторов отмечает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет – явление относительно редкое, но с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет.

По мнению ряда авторов, суицидальное поведение в детском возрасте очень редко бывает связано с психическими заболеваниями, в подавляющем большинстве случаев это ситуационно-личностные реакции, в первую очередь реакция оппозиции. У подростков же роль психических расстройств (депрессивное состояние и др.) в происхождении суицидального поведения несколько возрастает. Существует и противоположное мнение, согласно которому в детском возрасте, по сравнению с подростковым, суицидальное поведение носит более серьезный характер.

Е. Шир отмечает, что большинство суицидальных действий в подростковом возрасте, будучи микросоциально обусловленными (отношения в семье, в школе и т.п.), направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных связей с окружающими. Поэтому в подростковом возрасте чаще всего речь идет не о «покушении на самоубийство», а лишь о применении «суицидальной техники» для достижения той или иной первичной (несуицидальной) цели. Иногда суицидальное поведение у подростков определяется стремлением к временному «выключению» из ситуации. И в том и в другом случаях, несмотря на отсутствие суицидальных намерений, потенциальная опасность таких действий достаточно высока.

ПРОЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Суицидальное поведение - любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Это ответ на глубинные переживания, а они связаны с тем, что по-настоящему актуально.

Факторы суицидального поведения

Внутренние:

- индивидуальные особенности личности суицидента (характер, психофизическое, эмоциональное состояние и др.).

Внешние:

- микросоциальные условия биографического характера, прежде всего семейного воспитания;
- межличностные отношения в референтной группе — семейной, дружеской или профессиональной;
- дезадаптирующие объективные факторы деятельности (экстремальность, ответственность, резкое повышение нагрузки и т.д.).

Общие особенности суицидального поведения

- *Фиксированность позиции.* Субъект не в состоянии изменить образ ситуации, свободно манипулировать его элементами в пространственно-временных координатах.

- *Вовлеченность*, т.е. помещение себя в точку приложения угрожающих сил; взгляд на ситуацию “изнутри”, неспособность отстраниться от конфликтной ситуации, дистанцировать ее.

- *Сужение сферы позиции личности* по сравнению со сферой конфликтной ситуации. Сужение смысловой сферы личности происходит за счет ограничения представлений о собственных ресурсах и за счет нарастающей изоляции от окружающих.

• *Изолированность и замкнутость позиции.* В структуре осознания конфликтных отношений вместо адаптивной позиции “мы-они” имеется гораздо более уязвимая конфронтация “Я-они”, свидетельствующая об отчуждении личности, утрате связи с референтными группами, нарушениях идентификации.

• *Пассивность позиции.* Представляя себе активно направленные на него воздействия участников конфликта, субъект не может в рамках сложившегося смыслового образа представить свои конструктивные действия (нападения, защиты, ухода и т.п.). Подобная пассивность позиции обесценивает любые известные субъекту варианты решений. В пассивных позициях знания и опыт не только не актуализируются, но и отвергаются.

Суицидальное поведение подростков бывает демонстративным, аффективным, истинным.

• *Демонстративное суицидальное поведение.* Это разыгрывание театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или, наконец, наказать обидчика, обратив на него возмущение окружающих, доставить ему серьезные неприятности.

• *Аффективное суицидальное поведение.* К нему относятся суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта, который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки.

• *Истинное суицидальное поведение.* Здесь имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной.

Внутреннее суицидальное поведение.

1. *Пассивные суицидальные мысли.* Характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания: ”хорошо бы умереть, заснуть и не проснуться” и т.п.

2. *Суицидальные замыслы* - это активная форма суицидальности, когда продумываются способы суицида, время и место действия.

3. *Суицидальные намерения* предполагают присоединение к замыслам волевого компонента.

Внешние формы суицидального поведения.

1. *Подготовка к суициду.*

2. *Суицидальная попытка* – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью. Она проходит в 2 фазы. Первая - обратимая, когда объект сам может прекратить попытку, вторая - необратимая.

3. *Завершенный суицид.*

Очень важно знать во время беседы с «суицидальным» человеком об особых ключах и предостерегающих признаках самоубийства, таких как:

- Суицидальная попытка
- Суицидальная угроза
- Суицидальные факторы

Суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека. У всех суицидентов обнаруживались объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности, а также внутренняя или внешняя конфликтная ситуация.

Можно выделить 5 наиболее часто встречающихся типов личностных реакций, которые обладают потенциальной суицидоопасностью:

1. *Эгоцентрическое переключение.* Как правило, это остро возникающие, кратковременные реакции на конфликты, которые начинаются с аффективных пережива-

ний, но быстро генерализуются, охватывая все уровни психической деятельности;

2. *Душевная боль.* Суть этих аффективных реакций состоит в ощущении "душевной боли", при этом не происходит никаких трансформаций сознания, биологических потребностей и витальных проявлений, сохраняется способность к дифференциации внешних стимулов. Наблюдается сужение мотивационной сферы и ограничение общения. Своеобразно изменяется проживание времени. Характерно стеничное поведение, поиск или переход к новым стратегиям поведения, направленным на избавление от страдания. Соответственно модальности аффекта, психалгии делятся на тоскливые, тревожные, раздражительные.

3. *Негативные интерперсональные отношения.* Состояния, которые сопровождаются мучительной сосредоточенностью на представлениях и суждениях, направленных резко изменившимся отрицательным отношением к субъекту высокозначимых для него лиц. Данные реакции появляются в ситуации межличностных конфликтов с фиксацией на "значимом другом". Возникает, так называемая, цепная реакция, когда стремясь оторваться от источника боли, человек еще сильнее притягивается к нему.

4. *Отрицательный баланс.* Это пресуицидальные состояния, содержанием которых является рациональное "подведение жизненных итогов", оценка пройденного пути, определение реальных перспектив существования, сравнение положительных и отрицательных моментов продолжения жизнедеятельности.

5. *Реакции смешанные и переходные.*

Среди суицидентов различаются две категории:

1. Лица с низким уровнем социализации. Для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными

нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы.

2. Лица с достаточно высоким уровнем социализации. Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их в анамнезе не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм. Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд “девиантов”. В генезе совершаемого ими суицида лежит, прежде всего, социально-психологическая дезадаптация.

Суицидальное поведение строится на основе внутриличностного конфликта. Для этого необходима особая личностная предрасположенность, вследствие которой индивид оказывается не в состоянии справиться с актуальной проблемой.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РИСКА СУИЦИДА

Более всего восприимчивые к суициду подростки

- злоупотребляющие алкоголем, наркотиками, токсическими препаратами;
- которые либо совершали суицидальную попытку, либо были свидетелями того, как совершил суицид кто-то из членов семьи;
- одаренные подростки;
- с плохой успеваемостью в школе;
- беременные девочки;
- жертвы насилия;
- проявляющие суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- имеющие хронические или смертельные болезни;
- имеющие семейные проблемы: уход из семьи или развод родителей;

- с психическими заболеваниями, такими как: депрессия, неврозы, маниакально-депрессивный психоз, шизофрения.

- с нарушением поведения;
- с эмоциональными нарушениями.

Поведенческие индикаторы:

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- эскейп-реакции (уход из дома и т.п.)
- самоизоляция от других людей и жизни;
- резкое снижение повседневной активности;
- изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью;
- выбор тем для разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- «приведение дел в порядок» (написание завещания, урегулирование конфликтов, раздаривание личных вещей);
- любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
- склонность к неоправданным рискованным поступкам;
- нарушение дисциплины или снижение качества работы и связанные с этим неприятности в учебе;
- расставание с дорогими вещами или деньгами;
- приобретение средств для совершения суицида.

Коммуникативные индикаторы

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» - прямое сообщение, «Скоро все закончится» – косвенное);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;

- прощание;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- самообвинения;
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь.

Когнитивные индикаторы

- разрешающие установки относительно суицидального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и своего будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном и безнадежном;
- «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.

Эмоциональные индикаторы

- амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаянье;
- признаки депрессии: приступы паники, выраженная тревога, снижение способности к концентрации внимание и воли, бессонница, умеренное употребление алкоголя и утрата способности испытывать удовольствие;
- несвойственная агрессия или ненависть к себе, гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;
- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

- 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);
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

Социально-психологические аспекты семейной диагностики

Семье принадлежит значительная роль в жизни подростка, в усвоении им социально- культурных норм и моделей поведения, потому изучение семейного окружения является одним из необходимых условий для понимания причин, формирующих девиантное поведение.

Под социально-психологической дезадаптацией понимается нарушение механизмов взаимосвязи личности и среды, происходящее как за счет внутриличностных изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.

Для семейной диагностики выделяются 2 объекта:

1. Социально-психологический тип семьи.
2. Позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией.

Рассмотрим каждый объект подробнее.

1. Существуют следующие социально-психологические типы семей:

По степени сплоченности: Интегрированные и дезинтегрированные.

В одних семьях каждый считает себя частью, чувствуя свою защищенность и рассчитывая на моральную поддержку(интегрированные семьи), а в других - люди обособлены друг от друга, каждый живет сам по себе (дезинтегрированные семьи). Также есть вариант семей, где внутри семьи существуют микрогруппы. Наиболее суици-

доопасна позиция человека, оказавшегося в одиночестве перед коалицией объединившихся против него родственников. Чувство изолированности будет суицидоопасным и тогда, когда человек сам старается отстоять свою автономию. Протестные реакции свойственны подросткам, стремящимся уклониться от опеки, либо сохранить независимость в семье.

По степени гармоничности: Гармоничные и дисгармоничные.

Дисгармония в семье проявляется в виде рассогласования целей, потребностей и мотиваций у членов семьи. Соблюдение норм часто является для них фрустрацией. Нарушена обратная связь между людьми, вследствие чего они не могут предвидеть реакции другого. Нет взаимопонимания - нет и ориентации на общность. Создается суицидоопасная ситуация, когда 2 человека живут вместе без психологической совместимости и один из них пытается навязать другому свои привычки, манеры поведения.

По коммуникативным установкам: Корпоративные и альтруистические.

В корпоративной семье суицид будет использован с целью добиться желаемого отношения - протест и призыв.

По отношению к конфликтам вне семьи: Гибкая и консервативная.

В консервативных семьях суицидальная ситуация создается в тех случаях, когда семья разрушает свою структуру общения под влиянием внешнего авторитета (школы, начальства и т.д.). При внешнем конфликте семья не всегда оказывается способной оказать помощь. Подростки вступают в конфликт с преподавателями и, чувствуя свою правоту, надеются на помощь и поддержку семьи, которая, вопреки их ожиданиям, становится на сторону школы. Подросток оказывается в позиции социальной изоляции, со всех сторон ощущает кризис доверия и может совершить суицид протеста, рассматривая его как единственное средство восстановить справедливость, доказать собственную

правоту и наказать близких, а за одно и виновников конфликта.

В дезинтегрированных, дисгармоничных, корпоративных семьях встает вопрос о власти. Единовластие может служить источником постоянного психического напряжения, а у подростков, не склонных к компромиссу и не желающих подчиняться грубому нажиму со стороны взрослых, оно может провоцировать в некоторых случаях суицид протеста, а демократичность в таких семьях может породить суицид манипулятивного характера с целью добиться более выгодной позиции в семейной иерархии.

2. Позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией.

Переживание социально-психологических кризисов стоит связывать и с утратой подростком высоко значимой для него позиции (в структуре внутрисемейного общения).

Здесь можно выделить несколько моментов:

- Достижение той или иной позиции в общении зависит от личности, гибкости ее психики и умения приспосабливаться к другим, от его сознательных усилий достичь желаемого к себе отношения, и от оценки, которую дают индивиду окружающие. Прежде всего, следует отметить, что подростку не всегда удастся понять, какого рода поведения ждут от него окружающие.

- Степень удовлетворенности своей позицией зависит от того, что именно в общении привлекает подростка, на что он ориентируется, от чего отталкивается и в какой среде ему удастся этого достичь.

- Если семейные отношения высокозначимы для подростка (в его системе ценностей), он стремится к тому чтобы его любили, понимали, доверяли ему, чтобы его авторитет был высок. Если семья малоценна, он будет избегать интенсивного общения и пожелает отстоять свою автономию, чтобы ему не мешали жить так, как он считает нужным.

- Позиция в семье неоднократно меняется. Среди причин: рождение или смерть членов семьи, заключение брака, изменение экономического статуса семьи, переезд в другой город, болезнь и т.д. Например, дети не оправдывают ожиданий родителей и, как следствие, возникает взаимное раздражение, эмоциональная холодность, психическая напряженность. Изменение позиции может вызвать отвержение данных отношений или примирение с таким положением. Неприятие новой позиции в общении вызывает у личности глубокий внутренний конфликт, суть которого состоит в столкновении потребности в общении и невозможности реализации его в привычных формах.

- Чем больше значимых связей разорвано, тем острее ощущение потери. Невозможность реализации основных ценностей личности воспринимается как утрата жизненно-го стержня, как катастрофа.

- Суицидальное поведение является крайним средством манипуляции с целью оказать давление на семейное окружение и вернуть таким образом утраченную позицию. В других случаях, когда подросток осознает необратимость прежней позиции в общении и вместе с тем не чувствует в себе сил для продолжения жизни, возможен истинный суицид.

Также необходимо обратить внимание на происшествия в семье, происходившие в последнее время, и их возможную роль в суицидоопасной ситуации в семье.

Диагностика социальной дезадаптации и суицидального риска.

Подростковый возраст, особенно в период интенсивных пубертатных изменений, создает и большие трудности для выявления и диагностики тех или иных начинающихся изменений личности и психических расстройств. С другой стороны, подростковый возраст, как начало жизненного пути человека и время наиболее интенсивных раскрытий его возможностей, обуславливает и особую социальную и

морально-этическую значимость различных девиаций и психических нарушений в этом периоде.

Диагностику социальной дезадаптации и суицидального риска можно проводить исходя из клинических критериев и социальных факторов. К клиническим критериям относится наличие (отсутствие) психического расстройства, его форма и тип его течения. Под социальными факторами подразумеваются условия воспитания в семье.

Также можно выделить некоторые общие психологические особенности личности суицидента. К ним относятся: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, заниженная, лабильная или завышенная самооценка, низкая фрустрационная толерантность.

Прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации могут служить следующие результаты при проведении теста Личко “ ПДО”: неустойчивый тип акцентуации, а также его сочетание с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным типами.

Риск социальной дезадаптации и развития саморазрушающего поведения зависит от уровня дисфункции личности:

1. Акцентуация характера и крайние варианты нормы.
2. Непсихотические расстройства личности.
3. Психотические расстройства личности.

Типы саморазрушающего поведения:

1. Угроза для жизни.
2. Ущерб для физического здоровья.
3. Ущерб для духовного и нравственного развития.
4. Ущерб для будущего социального статуса.

Суицидоопасные депрессии

Депрессии характеризуются следующими признаками:

- пониженное или печальное настроение;
- утомляемость или снижение активности;
- чувство вины или низкая самооценка;
- нарушения сна;

- трудности при сосредоточении;
- возбуждение или заторможенность движений или речи;
- раздражительность;
- утрата интересов или чувства удовольствия;
- расстройство аппетита;
- суицидальные мысли или действия.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Принципы общения с суицидентом

Главная цель помощи – предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство.

Меры предотвращения суицидальных попыток

- Снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации.
- Уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение.
- Формирование компенсаторных механизмов поведения.
- Формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Шаги неотложной помощи - кризисная интервенция.

• *Первый шаг* – беседа (1,5 – 2 часа). Установление контакта и достижение доверия. Для этого необходимо убеждать клиента в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для Вас?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание».

• *Второй шаг* – интеллектуальное овладение ситуацией. На данном этапе беседы также используются такие приемы, как повторение содержания высказывания, отражение и разделение эмоций, вербализация суицидальных переживаний, поиск источников эмоций.

• *Третий шаг* – заключение контракта – планирование действий, необходимых для преодоления критической ситуации и наиболее приемлемых для пациента. На этом этапе важно препятствовать уходу пациента от сути кризиса и от поиска позитивных альтернатив (прием «фокусирования на ситуации»). Основные приемы: интерпретация, побуждение к планированию и оформлению ясного конкретного плана, удержание паузы с целью стимулирования инициативы пациента и предоставления необходимого времени для проработки.

• *Четвертый шаг* – активная психологическая поддержка и повышение уверенности в своих силах. Ведущие приемы на этом этапе: логическая аргументация, убеждение, рациональное внушение, актуализация личностных ресурсов.

Тактика кризисной интервенции

• Оцените степень риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства.

• Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не решится кризис или не прибудет помощь.

• Обратитесь за помощью к специалистам. Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

• Примите суицидента как личность. Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство.

• Установите заботливые взаимоотношения.

• Будьте внимательным слушателем.

• Не спорьте.

- Задавайте вопросы.
- Не предлагайте неоправданных утешений.
- Предложите конструктивные подходы.
- Вселяйте надежду.

Программа кризисной психотерапии, по Г. В. Старшенбауму (2005), состоит из трех основных этапов:

1. Кризисная поддержка.

-*Установление терапевтического контакта* требует, чтобы пациент был выслушан терпеливо и сочувственно, без сомнения в его словах и критики.

-*Раскрытие суицидоопасных переживаний* происходит в условиях безусловного принятия пациента, что повышает его самовосприятие, сниженное в результате психологического кризиса. Сочувственное выслушивание облегчает отреагирование пациентом подавляемых эмоций, что уменьшает аффективную напряженность.

-*Мобилизация адаптивных навыков проблемно-решающего поведения* производится путем актуализации антисуицидальных факторов и прошлых достижений в значимых для подростка областях, повышения его самоуважения и уверенности в своих возможностях в разрешении кризиса.

-*Заключение терапевтического договора* предусматривает локализацию кризисной проблемы, формулирование ее в понятных пациенту терминах, соглашение с ним о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, разделение ответственности за результат совместной работы с признанием за подростком способности самостоятельно контролировать свои суицидальные тенденции и отвечать за принятие решений и их выполнение; оговаривается также посредничество психотерапевта в контактах с другими людьми: близкими, друзьями, должностными лицами.

2. Кризисное вмешательство. На этом этапе купируются аффективные расстройства, что значительно снижает актуальность суицидальных тенденций, переходят к когнитивной перестройке, осуществляемой в несколько этапов.

-Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, как правило, включает поиск лиц из ближайшего окружения, с которыми подросток мог бы сформировать новые, необходимые ему высокозначимые отношения, способные облегчить его микросоциальную адаптацию.

-Выявление неадаптивных психологических установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса.

-Коррекция неадаптивных психологических установок осуществляется, прежде всего, в отношении суицидогенной установки – представления о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снизить значение доминирующих ценностей удастся путем актуализации антисуицидальных факторов.

-Активизация терапевтической установки необходима для переключения усилий подростков с попыток решения кризисной ситуации не оправдавшими себя методами на повышение собственных возможностей по ее решению. Одновременно с поощрением успехов подростка в выполнении терапевтического плана его внимание обращается на недостаточную подготовку в достижении последующих целей. Таким образом, подготавливается переход к третьему этапу кризисной терапии – этапу повышения докризисного уровня адаптации.

3. Повышение уровня социально-психологической адаптации. Данный этап наступает тогда, когда решение кризисной проблемы требует расширения адаптационных возможностей индивида.

– *Тренинг навыков адаптации начинается* после того, как клиент принял определенное решение об изменении своей позиции в конфликте. Здесь осуществляется опробование и закрепление новых способов решения проблемы и коррекция ряда неадаптивных личностных черт, таких, как потребность в чрезвычайно тесных эмоциональных взаимоотношениях, доминирование любовных отношений в системе ценностей, недостаточная роль профессиональной

сферы, низкая способность к компенсации в ситуациях фрустрации и т. д.

– *Окончание кризисной психотерапии* является короткой, но весьма важной фазой лечения. На заключительном этапе работы суммируются достижения пациента, составляются реалистические планы на будущее и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов.

Виды и формы оказания психологической помощи детям в критической ситуации

Можно предложить некоторые наиболее эффективные виды и формы работы с детьми от 3 до 18 лет, которые могут стать основой при составлении реабилитационных и психокоррекционных программ.

• *Игротерапия.* Основной формой работы психолога с детьми, пережившими критическую ситуацию, является использование разного вида игр. Для работы с детьми используется свободная игра и директивная (управляемая). В свободной игре психолог предлагает детям разный игровой материал, тем самым провоцируя регрессивную, реалистическую и агрессивную виды игр. Регрессивная игра предполагает возврат к менее зрелым формам поведения (например, ребенок превращается в совсем маленького, просит взять его на руки, сюсюкает, ползает, берет соску и т. д.). Реалистическая игра зависит от объективной ситуации, в которой оказывается ребенок, а не от потребностей и желаний ребенка. Например, ребенок хочет играть в то, что он видел и пережил дома: обыск, пьянку, драку, насилие. А ему предлагают играть в то, что он видит в данном учреждении: цирковое представление, театральная спектакль, день рождения, праздник и т. д. Агрессивная игра – это игра в войну, наводнение, насилие, убийство. В своих играх дети могут постоянно возвращаться к пережитым стрессовым ситуациям и будут переживать их до тех пор, пока не привыкнут к тому, что они пережили. Постепенно переживания станут менее острыми и сильными, и дети

смогут переносить свои переживания на другие объекты. Но для этого психолог должен научить детей способам нового поведения и другим переживаниям. Для организации таких игр можно использовать неструктурированный игровой материал: воду, песок, глину, разного вида пластилин. С таким игровым материалом ребенок косвенно выражает свои желания, эмоции, так как сам материал способствует сублимации. Более эффективной оказывается деятельность, если психолог организует игры с таким материалом в директивной форме.

Для проведения реабилитационной работы в разработанную программу хорошо включать структурированный игровой материал, который провоцирует детей на выражение собственных желаний, овладение социальными навыками, усвоение способов поведения. Для этого эффективным является использование человеческих фигурок, символизирующих семью, машин, предметов и кукол, наборов игрушек и т.д. Например, фигурки семьи, машины, постельные принадлежности провоцируют желание заботиться о ком-то; оружие – способствует выражению агрессии; телефон, поезд, машинки – использованию коммуникативных действий. Организовывая игры с детьми, необходимо вести наблюдение за тем, что ребенок игнорирует: какие игрушки, какого цвета и какой формы, а также фиксировать невозможность ребенка играть с определенной игрушкой. Помимо применения игры с использованием игрушек, в работе с детьми можно порекомендовать следующие виды игр: игры-развлечения (догонялки, щекотка и др.), игры-упражнения (борьба, лазание, бег), сюжетные игры (основанные на подражании взрослым), процессуально-подражательные игры (подражают оркестру, машинам и т.д.), традиционные народные игры (волчок, краски и т.д.), сюжетно-ролевые (семья, дом, театр и т.д.). Для проведения реабилитационной работы на базе игротеки необходимо разрабатывать специальную программу, основанную на применении игротерапии. Возможности игротеки для проведения психокоррекционной работы с детьми

разных возрастов очень широки. При проведении реабилитационной и психокоррекционной работы посредством игротеки можно помочь подгруппе или группе детей ощутить единение с другими, укрепить веру в себя, научиться принимать самостоятельные решения и сочетать их с решениями группы, сотрудничать, договариваться с другими, уважать других, сочувствовать им и т. д.

• Арттерапия. Данный метод построен на использовании искусства как символической деятельности. Применение этого метода имеет два механизма психологического коррекционного воздействия. Первый направлен на влияние искусства через символическую функцию реконструирования конфликтной травмирующей ситуации и нахождение выхода через переконструирование этой ситуации. Второй связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить реакцию переживания негативного аффекта в сторону формирования позитивного аффекта, приносящего наслаждение. В работе с детьми психолог, используя игротерапию, дополняет ее арттерапевтическими методами. Различают несколько видов арттерапии: рисуночная, основанная на изобразительном искусстве, библиотерапия, драматерапия и музыкальная терапия. Наиболее благоприятным для решения коррекционных и реабилитационных задач является изображение художественных образов, позволяющих ребенку реализовать все преимущества искусства и творчества. В практической работе с детьми рекомендовали себя два способа использования рисуночной терапии – директивная и недирективная. В большинстве же случаев используется разумное сочетание элементов двух терапий. Ребенку задается тема рисования и предоставляется свобода в экспериментировании и поиске наиболее адекватной формы ее выражения. Можно использовать в работе с детьми следующие виды заданий и упражнений:

1. Предметно-тематический тип – рисование на свободную и заданные темы. Примером таких заданий явля-

ются рисунки "Моя семья", "Я в школе", "Мой новый дом", "Мое любимое занятие", "Я сейчас", "Я в будущем" и т. д.

2. Образно – символический тип – изображение ребенка в виде образов. Темы могут быть такие: "Добро", "Зло", "Счастье", "Радость", "Гнев", "Страх" и т. д.

3. Упражнения на развитие образного восприятия: "Рисование по точкам", "Волшебные пятна", "Дорисуй рисунок". В их основе лежит принцип проекции.

4. Игры-упражнения с изобразительным материалом для детей младшего дошкольного возраста – экспериментирование с красками, бумагой, карандашами, пластилином, мелом и др. "Рисование пальцами рук и ног", "Разрушение-строительство", "Наложение цветowych пятен друг на друга" и т. д.

5. Задания на совместную деятельность - сочинение сказок, историй с помощью рисования. Используются приемы последовательного поочередного рисования типа "Волшебные картинки" – один начинает, другой ребенок продолжает и т. д.

• Музыкотерапия. Отдельным видом психологической помощи может быть специально организованная работа с использованием музыкальных произведений и инструментов. Можно рекомендовать использовать музыкальные произведения классической музыки. Хорошо рекомендовали в таком виде работы произведения Баха, Листа, Шопена, Рахманинова, Бетховена, Моцарта, Чайковского, Шуберта и некоторые виды духовной музыки. Предлагаемый вид работы направлен на организацию умения слушать музыку. Удлинение времени слушания музыки от 3-5 минут до 1-1,5 часов требует специально разработанного приема организации детей. Продолжительность времени использования музыкального произведения позволяет детям слушать музыку, испытывать разного рода переживания, прислушиваться к своим чувствам, вызывать эмоциональное состояние внутреннего равновесия, радости, снятия напряжения. При этом музыку можно слушать закрыв глаза, зажмурившись, главное – ее слышать!

- Работая с детьми, которые проявляют тревожность, беспокойство, испытывают страхи, напряжение, можно добавить задание. Например, при предъявлении спокойной музыки, которая вызывает приятные ощущения, ребенку дают инструкцию думать о предметах, которые вызывают у него страх, тревогу и т. д. Можно предложить детям ранжировать страшные ситуации от минимальных до самых сильных.

- Взрослый может показать личным примером, как надо слушать музыку. С этой целью необходимо сесть рядом с ребенком, вместе слушать музыку, слушать музыку обнявшись и т. д. Предварительно, перед слушанием музыки, можно спросить, что ребенок хочет почувствовать, слушая музыку: радость, приятные ощущения, хорошее настроение, теплоту, приятные воспоминания? Слушание классической и духовной музыки поможет ребенку поупражняться в навыках социальной компетенции: умении считаться с чувствами других, не мешать другим, уважать чувства других детей, сопереживать вместе с другими под музыку и т. д. Несколько иное направление появляется с применением музыкальных инструментов, при игре вместе с ребенком на музыкальном инструменте. Вначале создается ситуация, что они исполнители музыки, потом – сочинители музыки, затем - играют в оркестре. Разновидностью такой работы является исполнение разных танцев под звучание музыкальных инструментов, на которых играют ребенок и психолог. Можно сочетать игру на музыкальных инструментах с движениями детей (ходьба по узкой, поднятой над полом дощечке – для преодоления чувства страха, неуверенности в себе и т. д.).

- Библиотерапия. Метод воздействия на ребенка, вызывающий его переживания, чувства при помощи чтения книг. С этой целью психолог подбирает литературные произведения, в которых описаны страхи детей, формы переживания стрессовых ситуаций, выход из страшной для детей ситуации. Для проведения такого вида работы мож-

но порекомендовать для детей разных возрастов использование произведений классиков литературы: Л.Н.Толстого, Б.Житкова, В.Осеевой, А.Гайдара и др. Это такие произведения, как "Трусиха", "Аришка-трусиха", "На льдине", "Обвал", "Честное слово", сказки "У страха глаза велики", "Мальчиш-Кибальчиш" и др.

Использование произведений данной тематики опирается на возрастные особенности детей: заражаемость чувствами других, понимание чувств других и т. д. Прислушав прочитанное или рассказанное произведение, дети понимают, что такие чувства, как страх, тревога, бывают у многих детей, они понимают, чем вызваны такие чувства, различают разного вида угрозы, угрожающие ситуации, причины страха. Вместе с героями литературных произведений дети переживают те же состояния и одновременно учатся, как можно поступить в той или иной ситуации, что позволяет детям расширить свою социальную компетенцию.

• Логотерапия. Это метод разговорной терапии, который отличается от разговора по душам, направленного на установление доверия между взрослым и ребенком. Логотерапия предполагает разговор с ребенком, направленный на вербализацию его эмоциональных состояний, словесное описание эмоциональных переживаний. Вербализация переживаний может вызвать положительное отношение к тому, кто разговаривает с ребенком, готовность к сопереживанию, признанию ценности личности другого человека, Ребенок не всегда проявляет самоэксплорацию, т. е. меру включенности в беседу. Ее можно определить как минимальную, когда на ряд вопросов ребенку предлагают ответить кукле или использовать куклы, персонажи (Петрушка, Барби, Мальвина, Буратино, собака, тигр и т. д.). Дети могут использовать для этой цели свой любимый образ или игрушку. Использование данного метода предполагает появление самоконгруэнции – совпадения внешней словесной аргументации и внутреннего состояния ребенка, приводящего к самореализации, когда дети делают акцент

на личные переживания, мысли, чувства, желания. Для проведения такой работы психолог может предложить ребенку разговор о том, что он чувствовал, когда играл с другими детьми, что ему понравилось в игре с отдельными детьми, что он испытывал, когда ходил в гости к другу и т. д. В случае затруднений описания своих эмоций и чувств можно предложить ребенку представить, что вместо него играла кукла. Для более эффективной работы с детьми можно использовать темные очки, разного вида маски, которые дети надевают на себя, и, отвлекаясь от собственных переживаний, рассказывают от имени кого-либо или по телефону. Психолог может использовать и разграничения пространства при разговоре с ребенком, например, предложить разговор из разных комнат, мест, где ребенок ощущает себя хозяином.

• Метод свободных словесных ассоциаций. Данный метод используется психологами как метод искусства придумывания историй. Детям можно предложить по набору слов придумывать разные истории. Психолог предлагает слова, между которыми налицо смысловая связь: бабушка, девочка, волк, поезд и т. д. Детям предлагается придумать любую историю, главное – чтобы истории не повторялись. Разновидностью применения такого метода является придумывание историй с использованием какого-то одного свойства предмета: например, придумать историю про страну, где все из стекла, из мыла, из дерева, из сахара, из конфет и т. д.

• Психодрама, или драмтерапия. Использование в работе психолога кукольной драматизации. Взрослые (или старшие дети) разыгрывают кукольный спектакль, "проигрывая" конфликтные и значимые для ребенка ситуации, предлагая ему как бы со стороны посмотреть на данную ситуацию и увидеть себя в ней. С детьми, проявляющими тревогу, страх, пережившими стресс, различного вида травмы, наибольший эффект дает применение метода биодрамы. Суть его в том, что дети готовят представление,

но все действующие лица в нем – звери. Дети распределяют между собой роли животных или зверей и проигрывают конфликтные и жизненные ситуации на примере животных. Разыгрывая спектакль, представление или ситуацию, дети действуют и говорят по-другому, чем с использованием кукол. Переживания детей, реализуемые через образы животных, отличаются от человеческих и в то же время помогают понять чувства других.

• Моритатерапия. Метод, с помощью которого психолог ставит ребенка в ситуацию необходимости производить хорошее впечатление на окружающих. Психолог предлагает ребенку высказать свое мнение о чем-то, а затем корректирует его умение высказываться, давать оценку, соответственно принимать позу, использовать мимику, жесты, интонацию и. д. Другими словами, этот метод помогает воспитывать правила хорошего тона, соответствовать нормам и правилам культуры общества, в котором находится ребенок в настоящее время.

• Геитальттерапия. Этот метод может быть применен психологом для индивидуальной работы с детьми, в беседах по душам. Проводится он как преобразование рассказа ребенка в действие. Примером может служить такой вид работы, как "Незаконченные дела", "У меня есть тайна", "Мои сновидения". Ребенок рассказывает психологу, что ему приснилось, а психолог просит показать, что снилось, с помощью движений, действий, материала, игрушек, масок, пластилина и т. д.

Самопомощь в критической ситуации

Способы борьбы с отрицательными эмоциями:

- *Выговоритесь!*
- *Напишите письмо!*
- *Сделайте себе подарок!*
- *Помогите другому!*
- *Растворите печаль во сне (посните)*
- *Попробуйте:*

1. Менять то, что можно изменить, и принимать как судьбу то, чего пока изменить невозможно. И всегда помните: когда Бог закрывает дверь, он обязательно открывает другую дверь.

2. Жить сегодняшним днем и получать от этого удовольствие.

3. Никогда не обижаться на судьбу и помнить, что все могло бы быть гораздо хуже.

4. Избегать неприятных людей и не раздражаться. Радуйтесь, что вы не такие.

5. Оценивать себя самим и поменьше беспокоиться о том, что о вас думают другие.

6. Больше общаться с интересными людьми.

7. Планировать свою жизнь, чтобы не тратить время понапрасну.

Формы профилактики суицидального поведения

• *Организация социальной среды.* Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, семью, социальную группу или конкретную личность, например, через создание негативного общественного мнения по отношению к образу жизни.

• *Информирование.* Это наиболее привычное направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов.

• *Активное социальное обучение социально-важным навыкам.* Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов: тренинг устойчивости к негативному социальному влиянию, тренинг аффективно-ценностного обучения, тренинг формирования жизненных навыков

• *Организация деятельности, альтернативной девиантному поведению:* познания (путешествие), испытания себя (походы в горы, спорт с риском), значимого общения, любви, творчества, деятельности.

- *Организация здорового образа жизни.*

- *Активизация личностных ресурсов.*

- *Минимизация негативных последствий суицидального поведения.* По способу организации работы выделяют следующие формы психопрофилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения суицидального поведения используются различные социально-психологические методы: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

Экстренная психологическая помощь по телефону доверия

Основные принципы работы телефона доверия:

- доступность в любое время;

- анонимность (взаимная);

- недирективность (отсутствие «психологического давления» на собеседника);

- отказ от политических, религиозных и прочих установок в беседе.

Формы профилактики суицидального поведения

- *Организация социальной среды.* Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например, через создание негативного общественного мнения по отношению к отклоняющемуся поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа (школа, класс) или конкретная личность. Профилактика суицидального поведения у подростков включает прежде всего социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни.

- *Информирование.* Это наиболее привычное направление психопрофилактической работы в форме лекций, бесед, распространения специальной литературы или видео- и телефильмов. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения её способности к принятию конструктивных

решений. Перспективному развитию данного подхода может способствовать отказ от преобладания запугивающей информации, а также дифференциация по полу, возрасту, социально-экономическим характеристикам.

• *Активное социальное обучение социально-важным навыкам.* Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов. В настоящее время распространены следующие формы:

1. Тренинг устойчивости к негативному социальному влиянию (развивает способность сказать «нет» в случае негативного давления сверстников).

2. Тренинг аффективно-ценностного обучения (формируются навыки принятия решения, повышается самооценка, стимулируются процессы самоопределения и развития позитивных ценностей).

3. Тренинг формирования жизненных навыков (формируются умения общаться, поддерживать дружеские связи и конструктивно разрешать конфликты).

• *Организация деятельности, альтернативной девиантному поведению.* Альтернативными формами активности признаны: познание (путешествие), испытание себя (походы в горы, спорт с риском), значимое общение, любовь, творчество, деятельность (в том числе профессиональная, религиозно-духовная, благотворительная).

• *Организация здорового образа жизни.* Она исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Здоровый стиль жизни предполагает здоровое питание, регулярные физические нагрузки, соблюдение режима труда и отдыха, общение с природой, исключение излишеств.

• *Активизация личностных ресурсов.* Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста, арттерапия – всё это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, её здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

• *Минимизация негативных последствий суицидального поведения.* Данная форма работы используется в случаях уже сформированного суицида. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий.

В различных видах психопрофилактической работы могут использоваться схожие формы и методы. По способу организации работы выделяют следующие формы психопрофилактики: индивидуальная, семейная, групповая работа. В целях предупреждения суицидального поведения используются различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов психопрофилактической работы: информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

Литература

1. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С.Абрамова. – Брест, 1992.
2. Аверин, В.А. Психология детей и подростков / В.А. Аверин. – СПб., 1994.
3. Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981.
4. Амбрумова, А.Г. Мотивы самоубийств / А.Г.Амбрумова, Л.И.Постовалова //Социол. исследов., 1987, №6, с. 52-60.
5. Амбрумова, А.Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г.Амбрумова, Л.Я.Жезлова. – М., 1978.
6. Битянова, М.Р. Организация психологической работы в школе / М.Р.Битянова. – М., 1997.
7. Битянова, М.Р. Работа психолога в старшей школе / М.Р.Битянова. – М., 1998.
8. Вебер, В. Важные шаги к помогающему диалогу. Программа тренинга, основанная на практическом опыте / В. Вебер. – СПб., 1998.
9. Волкова, А.Н. Психолого-педгогическая поддержка детей суицидентов / А.Н.Волкова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998.– №2 – С. 36-43.
10. Гилинский, Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии / Я.И.Гилинский, Я.И.Юнацкевич. – СПб., 1999.
11. Давыдов, А.А. Самоубийства, пол и "золотое сечение" / А.А.Давыдов, И.А.Садовская //Социол. исследов. – 1991. – №5. –С. 99-102.
12. Моховиков, А.Н. Телефонное консультирование / А.Н.Моховиков. –М.:Смысл, 1999.

13. Научные и организационные проблемы в суицидологии. – М., 1983.
14. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М., 2003.
15. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
16. Положий Б.С., Панченко Е.А. Факторы динамики суицидального процесса. Психическое здоровье, 2011, № 9. – С. 65-68.
17. Попова, О.С. Психологическое сопровождение педагогического процесса / О.С.Попова. – Мн., 2003.
18. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка / под ред. Л.М.Шипицыной. – М., 2003.
19. Снайдер, Р. Практическая психология для подростков / Р. Снайдер. – М., 1995.
20. Суицидология: Прошлое и настоящее: сб. статей / сост. А.Н.Моховиков. – М., 2001.
21. Трегубов Л. Эстетика самоубийства / Л.Трегубов, Ю.Вагин. – М., 1993.
22. Хухлаева, О.В. Как сохранить психологическое здоровье подростков: пособие для школы / О.В.Хухлаева. – М., 2003.

Учебное издание

Александрова Наталия Викторовна
Иванова Татьяна Ильинична
Крахмалева Ольга Евгеньевна

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Методические рекомендации

Редактор – Г.С. Должина
Компьютерная верстка – Г.С. Должина

Подписано в печать 21.03.2018 г. Формат 60x84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 150 экз. Печ. л. – 2,9. Уч.-изд. л. – 1,25.
Заказ № 7.

Издательство «Спектр плюс»
тел. (3812)31-74-53, 8-960-985-55-33
e-mail: spektr78@mail.ru
644024, г. Омск, ул. Лермонтова, 20