



Министерство труда и социального развития  
Республики Саха (Якутия)



ГБУ РС(Я) «Республиканский центр содействия  
семейному воспитанию»

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ В СИТУАЦИЯХ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

Якутск  
Дом печати  
2022

УДК 159.97-053.2(072)

ББК 88.4я7

П86

Составители: А. В. Киселева, к. пс. наук, З. С. Шахурдина,  
Н. Ф. Иванова, М. В. Козлова, А. Н. Жапарова,  
педагоги-психологи ГБУ РС(Я) «Республиканский центр содействия  
семейному воспитанию»

Ответственный редактор Э. В. Кондратьев, директор ГБУ РС(Я)  
«Республиканский центр содействия семейному воспитанию»

**Психологическая помощь несовершеннолетнему в ситуациях  
П86 суицидального риска** / Министерство труда и социального развития  
Республики Саха (Якутия), Республиканский центр содействия семейному  
воспитанию ; составители: А. В. Киселева [и др.] ; ответственный редактор  
Э. В. Кондратьев. – Якутск : Дом печати, 2022. – 52 с.

Данное методическое пособие освещает основные вопросы предотвращения суицидов среди детей и подростков, акцент сделан на вопросах оказания экстренной психологической помощи детям и подросткам, находящимся в ситуации суицидального кризиса.

Кроме того, методическое пособие рассматривает суицид как одну из форм аутодеструктивного поведения детей и подростков, описывает основные особенности суицидального поведения детей и подростков, факторы и индикаторы суицидального риска.

Брошюра предназначена для специалистов социальных учреждений социального обслуживания семей и детей и организаций детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, Республики Саха (Якутия).

*УДК 159.97-053.2(072)*

*ББК 88.4я7*

© Киселева А.В., Шахурдина З.С., и др. составление, 2022

© Оформление. Дом печати, 2022



## Содержание

Введение.....	4
Суицид как форма аутодеструктивного поведения детей и подростков .....	5
Особенности суицидального поведения детей и подростков.....	8
Факторы риска и индикаторы суицидального поведения.....	12
Экстренная психологическая помощь в ситуациях суицидального риска.....	24
Основные стратегии помощи оказания кризисной помощи.....	33
Алгоритм действий специалистов социальных учреждений .....	45
Примерный типовой алгоритм действий специалистов социальных учреждений в случаях суицидальной попытки (парасуицида) несовершеннолетнего в организациях для детей-сирот детей, оставшихся без попечения родителей .....	45
Алгоритм действий специалистов социальных учреждений в случаях завершенного суицида несовершеннолетнего в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей .....	47
Список литературы .....	50



## ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2014), количество людей, покончивших жизнь самоубийством, в наши дни превышает количество людей, погибших во всех вместе взятых военных конфликтах. Для возрастной группы от 15 до 29 лет суицид является второй по значимости ведущей причиной смертности (3).

Самоубийство имеет сложную природу и, как правило, является результатом взаимодействия комплекса биологических, генетических, психологических, социологических, культурных причин в совокупности с факторами окружающей среды.

Наиболее восприимчивым к влияниям подобного рода являются подростковый и юношеский возраст. Смерть ребенка – это всегда трагедия, в которую оказываются вовлеченными значительное количество людей: семья, родные, знакомые, друзья, одноклассники, учителя и т.д.

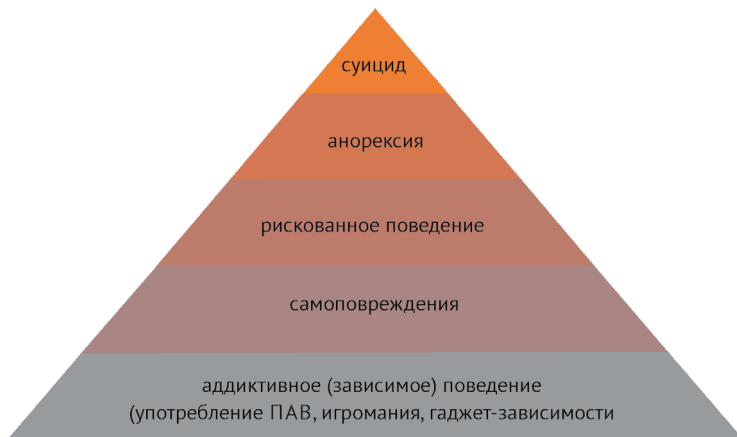
Исследователи проблем формирования суицидального поведения отмечают, почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении (3). Следовательно, самоубийства можно предотвращать!

Данное методическое пособие посвящено основным вопросам предотвращения суицидов среди детей и подростков. С учетом сложности темы и объема методического пособия, рассмотреть все аспекты организации работы по предотвращению суицидов среди несовершеннолетних не представляется возможным. Поэтому в данном методическом пособии акцент сделан на вопросах оказания экстренной психологической помощи детям и подросткам, находящимся в ситуации суицидального кризиса. Кроме того, методическое пособие рассматривает суицид как одну из форм аутодеструктивного поведения детей и подростков, описывает основные особенности суицидального поведения детей и подростков, факторы и индикаторы суицидального риска.

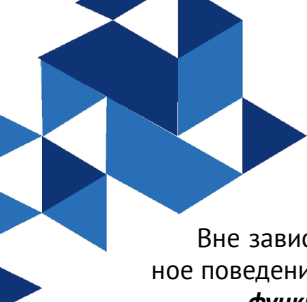
## СУИЦИД КАК ФОРМА АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Суицид – это форма аутодеструктивного (саморазрушающего) поведения. Аутодеструктивным называют поведение, связанное с разными формами саморазрушения: употребление алкоголя/ наркотиков или табака, рискованные действия, нацеленные на поиск новых ощущений, несуицидальное самоповреждающее поведение (self harm) и др.

На схеме №1 представлены формы аутодеструктивного поведения (по степени их распространения в детско-подростковом социуме).



**Схема 1. Формы аутодеструктивного поведения**



Вне зависимости от конкретной формы, любое аутодеструктивное поведение выполняет две основные функции:

- **функцию саморегуляции** – аутодеструктивные действия позволяют ребенку или подростку снизить эмоциональное напряжение, восстановить чувство самоконтроля и/или избежать переживание трудно переносимых эмоций;


- **функцию межличностной регуляции** – аутодеструктивные действия являются способом коммуникации или установления отношений, а возможно и способом влияния на окружающих и привлечения к себе внимания.

Дети и подростки, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и/ или находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами иными социально-приемлемыми способами. Поэтому суицид для ребенка является способом ухода/ выхода из той ситуации, в которой волей или не волей ребенок оказался, способом отреагирования эмоциями большой силы и интенсивности, снятия эмоционального напряжения.

Основоположник отечественной суицидологии А.Г. Амбрумова указывает на то, что суицидальное поведение является одним из видов общеповеденческих реакций человека в экстремальных ситуациях (1).

У всех суицидентов, согласно А.Г. Амбрумовой, обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности, которые объективно проявляются изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения (ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения), и субъективно выражаются гаммой психоэмоциональных сдвигов от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до клинически выраженных психопатологических синдромов (1).

Суицидальное поведение у детей и подростков может нести в себе как выраженные интенции к смерти, так и черты «манипуля-



тивности». Как правило, суицидальное поведение полимотивировано:

- с одной стороны, оно призвано оказать «воздействие на значимых других» и представляет собой попытку изменить ситуацию или «наказать» обидчика;

- с другой стороны, суицид чаще всего представляется ребенку способом, помогающим избежать психологической боли, обиды, стыда и пр. с помощью самоповреждения или смерти.

В отличие от взрослых, дети и подростки чаще совершают суицидальные действия под влиянием сильных эмоций. Это так называемое **аффективное суицидальное поведение**. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, сильные негативные эмоции - обида, гнев, - затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальную попытку.

**Демонстративное суицидальное поведение** имеет целью привлечение внимания, оказания давления на окружающих для достижения определенных целей. Однако следует помнить о том, что эта форма поведения тоже является «сигналом бедствия и криком о помощи». Поэтому оказывая экстренную помощь ребенку или подростку, демонстрирующему суицидальные намерения, мы используем те же алгоритмы и методы работы, как в ситуациях с истинным суицидом.



## ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

У детей и подростков достаточно трудно дифференцировать истинные стремления ухода из жизни от демонстративных попыток, нацеленных на получение любви, внимания, преимуществ, льгот, желаемых вещей.


По данным А.Е. Личко, лишь в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается домашних условиях, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован, в первую очередь, родным и близким.

Подростковый возраст – это период высокого риска аутодеструктивного поведения. В науке существует термин – «пубертатный суицид». Им обозначают целое явление – подростковые самоубийства.

Подростковый возраст считается одним из сложных периодов онтогенеза. Кризис подросткового возраста выражается в переходе из детства во взрослость и сопровождается значительными изменениями на биологическом, социальном и психологическом уровнях.

Одним из факторов, определяющих особенности подросткового периода, является гормональное созревание, вызывающее физиологический и психический дисбаланс, обуславливающее эмоциональную нестабильность, что часто проявляется в сменах настроения: приступах плаксивости, периодов хандры, тоски, тревоги, которых затем могут сменяться эйфорией, приподнятым настроением, повышением двигательной активности. Психическая организация





подростка неустойчива, что и обуславливает высокую уязвимость подростков в использовании различных моделей аутодеструктивного поведения.

Эмоциональная нестабильность, присущая почти четверти здоровых подростков, неумение ослабить эмоциональное напряжение (эмоциональная дисрегуляция) также приводят к суицидальным действиям. При этом, как правило, пик эмоциональной неустойчивости приходится у мальчиков на возраст 11-13 лет, у девочек – на 13-15 лет.

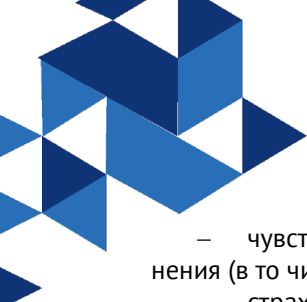
Конечно, у каждой суицидальной попытки – своя причина. ***Но все сводится к одному: ребенок не в силах самостоятельно разрешить трудную ситуацию, а понимающего это взрослого нет рядом. И тогда единственным выходом из сложившейся ситуации ребенку или подростку представляется смерть.***

Достаточно часто дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода. Это происходит из-за неадекватного понимания смерти, которая может восприниматься как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. По мнению исследователей, представления о смерти у ребенка приближаются к представлениям о смерти взрослого, лишь к 15 – 16 годам.

Столкновение современных подростков со смертью в разных вариантах (кино, видеоигры, социальные сети) с одной стороны, разогревает их интерес к данной теме, с другой, повышает уровень страха собственной смерти, искажает их представление о смерти.

***Мотивы суицидального поведения детей и подростков*** определенным образом отличаются от мотивации взрослых суицидентов. Среди них:

- действительная или мнимая утрата любви родителей;
- ревность к младшим братьям/сестрам;
- разрыв с другом/подругой, предательство, измена;
- переживания, связанные со смертью близких, друзей, животных;
- переживания из-за развода или ухода родителей из семьи;


- 
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения (в то числе из-за учебы);
  - страх наказания, нежелание извиняться;
  - любовные неудачи, сексуальные эксцессы, ревность, беременность.

С техническим прогрессом появилась и новая суицидальная мотивация. Компьютерные игры создают иллюзию возможности жизни после смерти. Дети не воспринимают реальность смерти, конечность жизни т.к. в игре их несколько. Некоторые подростки начинают экспериментировать со своей жизнью в результате «метафизической интоксикации», проявляют любопытство «а есть ли жизнь после смерти?».

Нереалистичные размышления о жизни и смерти, обусловленные чрезмерной увлеченностью компьютерными играми, недостаточность критики, слабый или недостаточный контроль эмоциональных состояний, эгоцентризм – создают условия для снижения ценности жизни, а в сложных жизненных ситуациях служат предпосылкой для суицидального поведения.

Недостаточность личностных ресурсов (отсутствие или недостаточность навыков решения конфликтных ситуаций, поиска и принятия помощи и тд) приводит к возникновению у детей и подростков стойких чувств безысходности, отчаяния и одиночества. Негативное эмоциональное состояние как правило, ведет появлению когнитивных искажений. Нарушается личностная идентификация, искажается образ – Я. Это приводит к неадекватной самооценке собственных возможностей, и в свою очередь, снижает возможности принятия конструктивных решений. Подросток оказывается в «замкнутом круге».

При анализе суицидального поведения несовершеннолетних следует принимать во внимание такие возрастные особенности как внушаемость, основанная на недостаточной критичности мышления, и тенденция следовать «модным тенденциям», например, воспроизведению определенных моделей поведения, которые используют их «кумиры», герои или антигерои кинофильмов, телепередач и прессы. Это касается воспроизведения всех форм аутодеструк-



тивного поведения (употребления психоактивных веществ, селф-харма суицида).

*Так, например, в 1981-82 гг. по телевидению ФРГ был показан фильм «Смерть ученика»; главный герой - 19 летний юноша, который совершает самоубийство, бросившись под поезд. В течение 70 дней после телесериала было зарегистрировано учащение суицидальных попыток таким же способом, как в фильме: среди юношей того же возраста на 175% по сравнению с уровнем до фильма, а среди девушек - на 167%. В других возрастных группах учащение суицидов не наблюдалось.*



## ФАКТОРЫ РИСКА И ИНДИКАТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

При организации работы по профилактике суицидального поведения у несовершеннолетних необходимо принимать во внимания факторы риска и индикаторы (маркеры) суицидального поведения.

Факторы риска суицидального поведения – любые факторы, повышающие вероятность развития суицидального поведения (но не предопределяющие возможность его развития).

Традиционно принято различать **социальные, психологические и биологические факторы риска**. Кроме того, на наш взгляд, необходимо принимать во внимание существование еще одной **группы факторов, связанных с травмирующими ребенка событиями**.

Среди социальных факторов риска выделяют факторы макросоциальные (связанные с социально-экономической ситуацией страны или региона) и микросоциальные.

К **макросоциальным факторам риска** относятся: бедность, неравенство между разными группами населения, насилие и жестокое обращение как нормы поведения, ограниченный доступ к медицинским и социальным услугам, ограниченный доступ к службам экстренной помощи, отсутствие образовательных возможностей, социальная изоляция и др. Коррекция этих факторов риска осуществляется в рамках специально разрабатываемых социальных программ.

**Микросоциальные факторы риска** можно условно разделить на «**семейные**» и «**школьные**». К **семейным** относятся все факторы, связанные с жизнедеятельностью семьи и ее психологическим микроклиматом:

- стиль воспитания;
- особенности взаимодействия членов семьи и детско-родительские отношения;
- воспитание в семье, где один или оба родителями страдают аддиктивным поведением (алкоголизм, наркомания и др.);
- занятость родителей и/или несистемный досуг.

К **школьным факторам риска** относятся вызывающие социально-психологическую дезадаптацию к процессу обучения:

- дидактогении;
- школьная неуспешность;
- издевательства одноклассников (буллинг, кибер-буллинг).

К **биологическим факторам суицидального риска** относят в первую очередь определенные виды психических расстройств, которые могут вызывать изменения в мышлении, поведении и способности молодых людей справляться с трудностями:


- депрессия
- биполярное расстройство
- пограничное расстройство

Данные расстройства также могут усилить чувство безнадежности и беспомощности, что может привести к мысли о самоубийстве.

К **психологическим факторам риска** аутодеструктивного поведения относят:

- неконструктивные стратегии поведения в стрессовой ситуации;
- отсутствие устойчивости к давлению сверстников;
- не достаточно развитые навыки поиска социальной поддержки;
- несформированный образ будущего;
- не достаточно развитый эмоциональный интеллект;
- несформированные навыки самоконтроля.

Коррекция психологических факторов риска находится в зоне ответственности психолога (педагога-психолога); должна проводиться регулярно, вне зависимости от актуализации у ребенка аутодеструктивных (суицидальных) тенденций.



В качестве отдельной группы целесообразно выделять **психотравмирующие (стрессовые) факторы**, которые, как правило, приводят к выраженному ухудшению психологического, а затем и физического состояния человека. Это, в свою очередь, может сказываться на способностях детей и подростков адекватно справляться с текущими жизненными трудностями.


Трагические события провоцируют возникновение у подростков чувства беспомощности, безнадежности и отчаяния, что может спровоцировать возникновение суицидальных мыслей и привести к совершению суицидальной попытки. К психотравмирующим событиям относятся: ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые (при этом с объективной позиции они таковыми могут не являться):

- утрата одного или обоих родителей;
- развод;
- внезапная смерть друга /одноклассника;
- законченный суицид или попытка суицида среди близких родственников/ одноклассников;
- наличие незавершенного суицида в прошлом;
- физическое /сексуальное насилие;
- социальная изоляция.

Мы посчитали необходимым выделить данные факторы **в отдельную группу в связи с тем, что они одновременно являются и индикаторами высокого суицидального риска**. И если у ребенка или подростка один из вышеперечисленных факторов риска существует, нет необходимости проводить с ним дополнительные диагностические процедуры! Такому ребенку абсолютно точно нужна психологическая помощь, поэтому он «автоматически» должен переходить в группу детей, требующих повышенного внимания специалистов.

**Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют своевременно выявлять и корректировать потенциальные или актуальные суицидальные риски.**

Другим важным направлением работы по предотвращению суицидов является организация мониторинга индикаторов суицидального поведения. Это так называемая технология работы «контроле-



ров» («вахтеров»), признанная наиболее эффективной стратегией предотвращения суицидов экспертами Всемирной организации здравоохранения (3, 8).

Суть данной технологии довольно простая: специалистов из разных областей, которые в силу специфики своей работы имеют личный контакт с большим количеством разных людей (учителя, сотрудники полиции и пожарной службы, сотрудники системы социального обеспечения и другие) обучают:

1. распознавать индикаторы суицидального риска в поведении человека;
2. вступать с данным человеком в коммуникацию и мотивировать на обращения за помощью.

Использование данной технологии представляется особенно актуальным при работе с детьми и подростками, суицидальное поведение которых имеют специфические особенности, описанные выше.

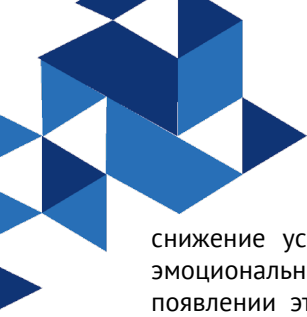
В основе данной технологии лежит использование метода наблюдения, который является достаточно информативным, но и наиболее трудным методом изучения личности. Специалист, использующий данный метод, должен хорошо знать и индикаторы суицидального риска и уметь выявлять лиц, демонстрирующих данные индикаторы.

***Индикаторы (признаки, маркеры) суицидального риска – это поведенческие, вербальные, когнитивные или иные проявления, по которым можно предположить наличие суицидальных мыслей и намерений в поведении ребенка или подростка. Есть признаки, свидетельствующие о высокой вероятности совершения самоубийства.***

#### **Индикаторы суицидального поведения**

Представляется целесообразным различать неспецифические и специфические индикаторы суицидального риска.

***Неспецифические индикаторы характерны для разных форм аутодеструктивного поведения*** и, как правило, проявляются на начальных этапах развития суицидального поведения. Такими неспецифическими индикаторами, например, являются нарушения сна, аппетита, снижение интереса к ранее значимым видам деятельности,




снижение успеваемости, нарушения межличностных отношений, эмоциональная нестабильность, резкие перепады настроения. При появлении этих индикаторов следует незамедлительно провести с ребенком работу, с одной стороны направленную на выявление причин или причин, которые привели к ухудшению психологического состояния, с другой стороны, работу, направленную на снижение уровня нервно-психологического напряжения (до оптимального) и усиление факторов защиты.

Специфические индикаторы суицидального поведения становятся доступными для наблюдения, как правило, на заключительных этапах пресуицида. Они указывают на высокую вовлеченность в данную тематику и формирование психологической готовности к совершению отчаянного поступка. К специфическим индикаторам суицидального риска относятся, например, высокий уровень интереса к лекарствам, шок-контенту, особая жизненная философия, выражающаяся в заинтересованности вопросами смерти, идеализация смерти и тд.

Рассмотрим некоторые индикаторы суицидального риска более подробно.

**Изменение аппетита.** Отсутствие (или наоборот, ненормально повышенный) аппетит, как правило, тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий психологического или физического неблагополучия. Об изменении аппетита можно судить, как во время непосредственного наблюдения за процессом употребления пищи (ребенок отказывается есть практически всю еду, говорит о том, что она невкусная и/или ему просто не хочется есть), так и на основании снижении массы тела. Изменение массы тела является неспецифическим индикатором аутодеструктивного поведения, может быть связано с употреблением наркотиков или расстройствами пищевого поведения (нервной анорексией), а может быть связано и с определенными соматическими заболеваниями, что повлечет за собой необходимость квалифицированной медицинской помощи. Поэтому обнаружение данного индикатора требует обязательного уточнения со стороны специалиста.





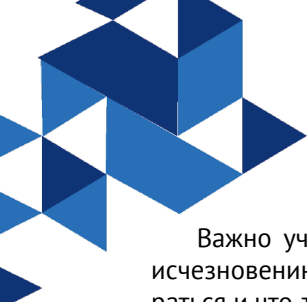
**Изменение режима сна** – другой универсальный неспецифический индикатор психологического и/или физического неблагополучия. В большинстве случаев сложные обстоятельства жизни деятельности приводят к разнообразным нарушениям сна: дети и подростки часто плохо спят перед важными экзаменами или проверочными работами, после различного рода психотравмирующих событий (серьезные ссоры с родителями, конфликты с друзьями) и тд; нарушения в состоянии здоровья так же могут приводить к различным нарушениям сна. К нарушениям сна приводит и потребление наркотических средств и психотропных веществ.

Подростки на этапе пресуицида часто спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в «сов»: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, кто-то ложится только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины.

**Потеря интереса к ранее значимым видам деятельности, к школе, снижение успеваемости.** Данный индикатор является очень важным, он может быть наблюдаем как на разных этапах пресуицида, проявляться при иных видах аутодеструктивного поведения, а может «сигнализировать» о наличии психических поведенческих расстройств (например, депрессии). Его суть заключается в том, что ранее значимые виды деятельности перестают быть таковыми; а новых «серьезных» увлечений либо не появляется вообще, либо они носят ярко выраженный деструктивный характер.

Многие учащиеся, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», начинают прогуливать, их успеваемость резко падает. Те же, кто и раньше ходил в отстающих и вовсе перестают учиться: выполнять какие-либо задания, проявлять активность во время уроков.

Анализируя снижение успеваемости, следует помнить, что поскольку «ведущей деятельностью» в подростковом возрасте является интимно-личностное общение со сверстниками (Д.Б. Эльконин), для подросткового возраста в целом характерна тенденция снижения интереса к учебе. Поэтому информация о снижении успеваемости должна рассматриваться не самостоятельно, а в контексте иных индикаторов риска.



Важно учитывать, что наличие мыслей о суициде, приводит к исчезновению «образа будущего»; а если нет будущего, зачем стараться и что-то делать?

**Эмоциональная нестабильность.** Важный неспецифический индикатор как физического, так и психологического неблагополучия, проявляющийся в резких перепадах настроения, от внезапной эйфории до приступов отчаяния.

Следует сказать о том, что эмоциональная нестабильность является специфической особенностью подросткового возраста, что обусловлено гормональной перестройкой организма подростка и иными физиологическими процессами. При этом если проследить динамику изменений эмоциональных проявлений, то можно заметить, что «эмоциональный профиль» подростка может претерпевать значительные изменения по сравнению с его собственным в детском возрасте.


Однако, чрезмерная эмоциональная нестабильность некоторых подростков бывает заметна «невооруженным глазом». Поэтому при появлении в поведении несовершеннолетнего данного индикатора, необходимо провести работу:

- по уточнению причин резких перемен в настроении;
- по стабилизации эмоционального состояния.

Вне зависимости от причины эмоциональной нестабильности, подросток или ребенок должен находиться в зоне особого внимания специалиста вплоть до полной стабилизации его состояния.

**Нарушение межличностных отношений.** Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но иногда замкнутость и обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей. Суицидальные подростки часто замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат. Они включают музыку и выключаются из жизни.

**Агрессивные реакции.** Агрессия, как и тревога, является универсальным индикатором психологического и/или физического неблагополучия. Счастливые люди не совершают агрессивных действий. Агрессивные реакции детей носят исключительно симптоматиче-



ский характер. Но когда ребенок в своем поведении достаточно часто воспроизводит какую-то модель, эта модель становится привычным способом его поведения и чертой характера.

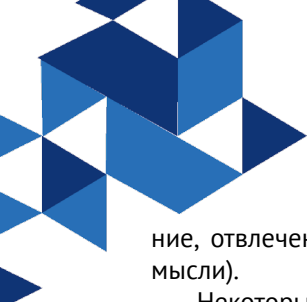
Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости и окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента.

Представляется крайне важным уделять особое внимание агрессивным реакциям детей и подростков специалистам системы социальной защиты населения Республики Саха (Якутия). Результаты исследования состояния психического здоровья детей и подростков коренных и малочисленных народов Республики Саха (Якутия), проведенные в 2010-2012 годах в рамках реализации Межведомственного плана профилактики деструктивного поведения несовершеннолетних, утвержденного Постановлением Правительства Республики Саха (Якутия), показало, что для детей и подростков коренных малочисленных народов Республики Саха (Якутия) в целом агрессивные реакции и/или тенденция проявления вербальной или физической агрессии является не характерной (7).

***Саморазрушающее и рискованное поведение*** являются самостоятельными формами поведения аутодеструктивного, и, в то же время, выполняют функцию индикаторов поведения суицидального.

Несуицидальное самоповреждающее поведение (self harm) в настоящее время имеет высокое распространение среди современных детей и подростков. Сведения о распространенности самоповреждений в разных странах показывают, что подростковый возраст наиболее уязвим к осуществлению подобных действий. По оценкам исследователей, на каждого подростка, умершего в результате суицида, приходится примерно 370 подростков, попавших в больницу из-за самоповреждений, и 3900 подростков, сообщивших о самоповреждениях (8).

Основа любого самоповреждения – намеренное причинение себе вреда с определенной целью (изменить свое состоя-



ние, отвлечение, наказать себя за какой-то поступок или плохие мысли).

Некоторые дети и подростки прибегают к разным вариантам причинения вреда, а некоторые используют один и тот же способ постоянно.


Кроме порезов разных частей тела, встречаются и такие способы самоповреждения, как:

- ✓ кусание себя
- ✓ ожоги
- ✓ втыкание в себя предметов
- ✓ удары о стены
- ✓ преднамеренная передозировка (алкоголя или наркотиков)
- ✓ вырывание волос (на разных частях тела)

Селф-харм, по своей сути, представляет «социальную инфекцию», поскольку основным «каналом его распространения» являются социальные сети. И хотя некоторые дети и подростки, свидетельствуют, что узнали о том, что «почувствовать себя лучше» после того, как «расцарапал себе руку» или порезался, они узнали от «старшеклассников» (друзей и/или одноклассников), подавляющее большинство детей впервые встречается с примерами селф харма именно в социальных сетях.

В большинстве ситуаций грамотная работа психолога с причинами, вовлекшими в саморазрушающее поведение, позволяет достаточно быстро дезактуализировать необходимость совершения селф харма. Однако, основная опасность самоповреждений заключается в том, что они уменьшают чувствительность к причинению себе боли и вреда: подобные действия становятся для ребенка или подростка чем-то обыденным, естественный страх перед болью и ранами притупляется, а значит, увеличивается риск совершения суицидальной попытки. Данные, собранные исследователями разных стран, показывают, что большая часть учеников с суицидальными попытками совершали самоповреждения.

Другая опасность селф харма заключается в том, что он «вносит шум», мешая распознавать детей и подростков, находящихся в состоянии суицидального (пресуицидального) кризиса.



**Неопрятный внешний вид** является специфическим индикатором высокого уровня суицидального риска. Известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, часто перестают следить за своим внешним видом совсем: они редко принимают ванную, девочки-подростки перестают делать макияж, прически; часто одежда меняется после нескольких дней использования.

**Приведение дел в порядок, раздача подарков окружающим** еще один специфический индикатор высокого уровня суицидального риска. Часто дети и подростки, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои любимые вещи или игрушки.

Как показывает опыт, эта акция - прямой предвестник грядущего несчастья. Одни суицидальные подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью «привести свои дела в порядок». При обнаружении данных индикаторов в поведении ребенка или подростка специалист должен безотлагательно провести с ним кризисную интервенцию.

Перечисленные выше специфические индикаторы высокого уровня суицидального риска указывают на то, что субъект находится в критическом эмоциональном состоянии и необходимо принимать меры экстренной допсихологической помощи (карта наблюдения). Полный перечень специфических и неспецифических индикаторов суицидального риска приведен в таблице 1 (6).

Таблица 1. Индикаторы суицидального риска

<p><b>Ситуационные индикаторы</b></p>	<p>Любая ситуация, воспринимаемая человеком как кризис, может считаться ситуационным индикатором суицидального риска: смерть любимого человека; развод родителей; сексуальное насилие; долги; раскаяние за совершенный проступок; угроза наказания; получение тяжелой инвалидности; психическое расстройство; шантаж; ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; подражание кумиру.</p>
<p><b>Поведенческие индикаторы</b></p>	<p>Употребление психоактивных веществ (алкоголь, наркотики); уход из дома; самоизоляция от других людей; резкое снижение повседневной активности; изменение привычек (несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью); выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами; частое прослушивание траурной или печальной музыки; «приведение дел в порядок» (регулирование конфликтов, письма к родственникам и друзьям, раздаривание личных вещей); любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаление от близких; склонность к неоправданно рискованным поступкам; посещение врача без очевидной необходимости; нарушения дисциплины или снижение качества успеваемости и связанные с этим неприятности в учебе; расставание с дорогими вещами или деньгами</p>
<p><b>Коммуникативные индикаторы</b></p>	<p>Прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это 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</p>

<b>Когнитивные индикаторы</b>	Разрешающие установки относительно суицидального поведения; негативные оценки своей личности, окружающего мира и 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, безнадежном; «туннельное мышление» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида; наличие суицидальных мыслей, намерений, планов.
<b>Эмоциональные индикаторы</b>	Амбивалентность по отношению к жизни; безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние; переживание горя; депрессия; несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность; вина или ощущение неудачи, поражения; чрезмерные опасения или страхи; чувство свое, никчемности, ненужности

Завершая рассмотрение индикаторов суицидального риска, следует сказать о том, что большинство суицидентов, как правило, вовсе не хотели умереть, а только достучаться до кого-то, позвать на помощь, обратить внимание на свои проблемы.

У подростков так же, как и у взрослых, основной причиной суицида выступает социально-психологическая дезадаптация, но для них это не тотальные нарушения (крах смысла жизни, профессиональный кризис и др.), а нарушения в общении с близкими.

А.Г. Амбрумова (1) указывала на то, что для детей и подростков характерны мозаичность, вариабельность пресуицидального статуса, что создает серьезные затруднения в распознавании угрозы самоубийства. Мотивация и динамика суицидального поведения также значительно специфичны и обусловлены психологическими возрастными особенностями данного этапа онтогенеза.



## ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СИТУАЦИЯХ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Итак, предположим, что психолог или воспитатель (работник учреждения социальной защиты, не имеющий психологического образования) обнаружил в поведении ребенка индикаторы суицидального риска.

Каковы его дальнейшие действия?

В описанной нами ранее технологии подготовки «вахтеров», рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения (3), специалисты следует поговорить с ребенком или подростком особым образом.

Задачами этого разговора, мы будем называть его помогающей беседой, являются:

- уточнить предположения о состоянии ребенка (действительно ли указанные индикаторы имеют отношение к актуализации суицидальных мыслей или намерений, оценить уровень степени суицидального кризиса);


- при подтверждении гипотезы об актуализации у ребенка суицидальных намерений, продолжить помогающую беседу, стараясь снизить уровень психического напряжения;

- мотивировать ребенка обратиться за профессиональной психологической помощью и маршрутизировать его в случае необходимости (с учетом возраста и/или состояния ребенка).

Безусловно, для получения навыков оказания помощи в кризисных или экстренных ситуациях, лучше проходить специальное обучение, включающее отработку практических навыков.

В данном пособии мы приведем лишь примеры некоторых техник и алгоритмов, которые после изучения могут быть использованы специалистами, не имеющими психологического образования.





Начнем с общих положений, используемых как в рамках психологического консультирования, так и в формате экстренной психологической помощи. Эти положения хорошо известны психологам, однако, считаем необходимым напомнить наиболее важные:

**Неотложность.** Наличие индикаторов суицидального риска говорит о том, что беседу с ребенком нельзя откладывать. Возможно сейчас именно ему придется уделить больше времени и внимания, чем другим.

**Конфиденциальность.** Беседу следует проводить отдельно от посторонних, т.к. в присутствии других ребенок может не раскрыть своих переживаний.

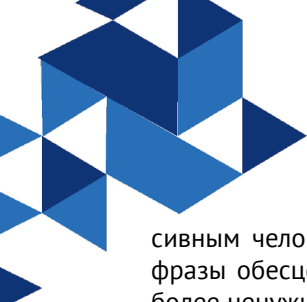
**Поддержка и наблюдение.** Не следует оставлять ребенка одного в состоянии высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше. Если Вам необходимо отлучиться, а состояние ребенка не изменилось, необходимо «вызвать подкрепление», объяснив ребенку причину происходящего.

**Спокойное, «принимающее» отношение.** Важно показать (словами, мимикой, жестами), что вы принимаете любые эмоции, чувства и мысли ребенка, проявляете уважение к его мнению и его состоянию.

**Эмпатическое слушание и стимулирование выражения чувств.** Ребенок в ситуации кризиса больше нуждается в обсуждении своей боли, фрустрации, чем в выслушивании чьих-либо советов. Важно дать ему возможность выразить чувства в его повествовании о своих переживаниях.

**Избегание моральных оценок.** Необходимо избегать морально-го осуждения и обвинений. Нужно спокойно принимать разнообразные чувства и мысли, среди которых может быть гнев и ненависть, страх, вина и стыд, желание мести, обида и др.

**Избегание неоправданных утешений.** Не желая того, можно усилить переживания ребенка банальными утешениями как раз тогда, когда он нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Как правило, фразы типа: «Возьмите себя в руки», «У всех есть такие же проблемы, как у Вас», «Подумай своих о близких» и другие распространенные клише воспринимаются депрес-



сивным человеком как проявление отвержения и недоверия. Эти фразы обесценивают его чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужным и бесполезным.

**Искренность и избегание невыполнимых обещаний.** Избегайте обмана или двусмысленных замечаний, которые могут быть неверно истолкованы. Индивида нужно проинформировать, что сведения о суицидальных намерениях будут переданы другим специалистам для обеспечения его же безопасности. Необходимо определить границы своих возможностей и рассказать человеку о том, что вы можете и что не можете сделать для него.

***Общие правила и рекомендации по проведению беседы с несовершеннолетними с суицидальным поведением (2)***

– Детей и подростков часто пугают собственные намерения и им нужно высказаться. Важно дать возможность говорить свободно, не перебивать, не спорить, задавать как можно больше вопросов.

***Откровенная беседа является первым и самым важным шагом в предупреждении самоубийства.***

– Не впадайте в панику, и не показывайте, что вы шокированы темой разговора.

– Не пытайтесь спорить или отговаривать от совершения задуманного: вы проиграете спор, и вы потеряете доверие.

– Не преуменьшайте (не обесценивайте) боль, переживаемую ребенком или подростком. Высказывания типа: «Нет причин лишать себя жизни из-за этого» показывают ребенку, что его не понимают.

– Не пытайтесь улучшить и исправить эмоциональное состояние ребенка или подростка. Ему больно. Очень. Покажите, что вы это понимаете и чувствуете насколько сильно ему больно.

– Не предлагайте простых ответов на сложные вопросы.

– Принимайте проблемы подростка серьезно. Говорите о них открыто и откровенно. Оценивайте их значимость с точки зрения подростка, а не со своей собственной или общепринятой позиции.

– Не говорите: «Подумай, скольким людям гораздо хуже, чем тебе! Ты должен быть благодарен судьбе за все, что имеешь!» Эти слова не решат проблемы, но усугубят чувство вины, поэтому могут навредить: вина – это спутник депрессии

– Важно говорить с ребенком о том, что с ним случилось или происходит прямо сейчас. Выслушивать его эмоции, давая конкретные пояснения и короткие, правдивые ответы на специфические вопросы, даже о смерти.

– Использовать понятные для ребенка слова и понятия.

– Избегать любых слов, которые могут вызвать чувство вины.

Поощрять ребенка рассказать о его чувствах.

При обучении специалистов системы образования Республики Саха (Якутия) навыкам распознавания индикаторов суицидального риска и проведения «помогающей беседы» был разработан соответствующий Протокол (схема 2), состоящий из пяти основных шагов.

### Протокол помощи в ситуации суицидального кризиса

**шаг 1:** создать условия для разговора, уделить время (неотложность, конфиденциальность, поддержка и наблюдение)

**шаг 2:** будьте внимательным слушателем (заинтересованность, благожелательное внимание активное слушание)

**шаг 3:** задавайте вопросы («эмоциональный дренаж, выговаривание)

**шаг 4:** переключите внимание (разговор об успехах, сильных сторонах, значимых людях)

**шаг 5:** «посейте» сомнения, мотивируйте на получение помощи

### Схема 2. Протокол помощи в ситуациях суицидального кризиса



Рассмотрим каждый шаг протокола более подробно.

### **Шаг 1. Создайте условия для разговора**

Отметим, что столь серьезный разговор желательно проводить в отдельном помещении; так, чтобы никто не мешал. Вам необходимо быстро настроится на разговор, быть максимально внимательным, не отвлекаться, не смотреть на часы.

Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю твою откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от тебя требуется много мужества».

Желательно расположиться «рядом» с ребенком (не «через объект!»). Обязательно установить с ним визуальный контакт: ваш взгляд должен быть мягким и принимающим.

Если это возможно, попробуйте установить с ребенком тактильный контакт. Можно попробовать прикоснуться к руке ребенка, или его плечу. Очень мягко, деликатно и безопасно.

Не торопитесь сразу начинать разговор. Не спешите. Пусть ребенок несколько минут побудет вместе с вами в тишине.

### **Шаг 2. Будьте внимательным слушателем**


Эмпатическое рефлексивное слушание является одним из самых эффективных инструментов оказания психологической помощи. Психологов обучают этому виду слушания, однако следует помнить, что **эмпатия – это воспринимающее понимание; это переживание чувств так, как их чувствует другой человек.**

Это не просто техника, это непрерывный процесс.

Это не определённая фаза, это процесс, который Вы будете использовать во время всей помогающей беседы.

**Эффективность использования данного вида слушания достигается демонстрацией того, что ребенок, переживающий стресс, чувствует, что он действительно понят.**

В ситуации суицидального риска понимание/ощущение ребенка, что «он услышан» очень важно. Потому что понимание часто сопровождает доверие: когда клиент чувствует, что Вы его понимаете, он более склонен доверять Вам. А если он Вам доверяет, то он скорее будет следовать Вашим указаниям.



Подростки особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять Ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить».

Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания.

Не спорьте. В разговоре с суицидентом не должны звучать высказывания типа: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Это сразу блокирует дальнейшее обсуждение: такие замечания вызывают у несчастного человека еще большую подавленность.

Другое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?». Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

### **Шаг 3. Задавайте вопросы.**

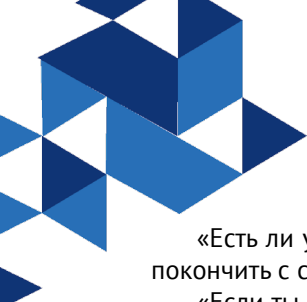
Если Вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замышляешь самоубийства?», то в них подразумевается ответ, который Вам бы хотелось услышать. Если подросток говорит «нет», то вам, скорее всего, не удастся помочь в разрешении суицидально-го кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис – заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?». Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было, наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение, и ему дается возможность понять свои чувства.

Следует спокойно и доходчиво спрашивать о тревожащей ситуации, например:

«С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной?»

«Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства?»



«Есть ли у тебя конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой?»

«Если ты раньше размышлял о самоубийстве, что тебя останавливало?»

Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, ты говоришь...» и т.п.

Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося ребенка, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

**Оцените степень риска самоубийства.** Постарайтесь определить степень готовности к совершению возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида путем отравления, прыжка с высоты, использования огнестрельного оружия или веревки.

Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск.

Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, если, например, депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свою любимую игровую приставу (айфон, любимые брюки, украшения и тд). В связи с чем, считаем необходимым еще раз напомнить **индикаторы высокой степени суицидального риска**

- ✓ приведение дел в порядок» – раздача вещей, ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи, чтобы все было в порядке);
- ✓ написание «записок-завещаний»
- ✓ несоблюдение правил личной гигиены
- ✓ самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности
- ✓ частое прослушивание траурной или печальной музыки
- ✓ склонность к неоправданно рискованным поступкам

Наиболее подходящими вопросами для стимуляции беседы могут быть:

- «Что с тобой случилось за последнее время?»

- «Когда ты почувствовал себя хуже?»
- «Что произошло в твоей жизни с тех пор, как возникли эти перемены?»
- «К кому из окружающих они имели отношение?».

Отчаявшегося подростка необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить.

#### **Шаг 4. Переключите внимание**

Приступить к этому шагу можно только тогда, когда Вы выслушали ребенка и уровень его эмоционального напряжения начал снижаться (обычно психологи судят об снижении уровня напряжения по невербальным проявлениям, но и темп речи ребенка может стать более спокойным или медленным).

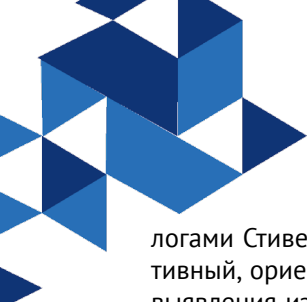
И это наиболее подходящий момент для переключения внимания на «разговор о ресурсах». Постарайтесь найти что-то позитивное в жизни ребенка, в его личности и очень осторожно, аккуратно и мягко напомнить ему о его успехах, сильных сторонах, значимых людях.

Мы уже писали о том, что даже у взрослых людей в сложных или стрессовых ситуациях часто возникает так называемое «тоннельное мышление» и они не способны подумать об иных выходах из сложившейся ситуации. Аналогичные особенности мышления характерны и для детей. Поэтому в тот момент, когда эмоции ребенка начнут немного успокаиваться, попробуйте мягко и деликатно предложить более конструктивные подходы. Вместо того, чтобы говорить молодому человеку, склонному к суициду: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», - попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

#### **Шаг 5. «Посейте сомнения», мотивируйте на получение помощи**

Шаг 5 по сути является продолжением шага 4. Для эффективной реализации этого шага можно использовать техники проведения мотивационного интервью.

Мотивационное интервью – это директивный стиль психологического консультирования, разработанный клиническими психо-



логами Стивеном Рольником и Уильямом Миллером (9). Это директивный, ориентированный на клиента стиль консультирования для выявления изменения поведения, помогая клиентам исследовать и разрешать амбивалентность.

Мотивационное интервью активно используется с настоящее время в России для работы с клиентами, страдающими расстройствами аддиктивного спектра (алкоголизм, наркомания и т.д.). В его основе лежит послы о том, что мотивация к переменам должна исходить от самого человека (даже, если это ребенок или подросток), а не навязываться ему со стороны (9).

*Суть подхода: Специалист не дает советов, не высказывает оценок, не осуждает принятие - непринятие клиентом решений. Вместо этого он как бы постоянно уточняет и проясняет для себя и для клиента ситуацию, в которой последний оказался, и возможные варианты ее развития. Для этого используются: открытые вопросы (на которые клиент не может просто ответить «да» или «нет»), активное (рассуждающее) слушание, обобщения того, что сказал клиент. В ходе интервью специалист постоянно возвращает клиенту ответственность за его собственную жизнь, проясняя вместе с ним все плюсы и минусы ситуации, в которой он оказался и постепенно проходит с ним стадии готовности к изменению.*

Возвращаясь к обсуждению общих моментов проведения помогающей беседы еще раз проанализируем ее **примерную структуру, и приведем примеры фраз для оказания эмоциональной поддержки:**

- Начало разговора: «Мне показалось, что в последнее время ты выглядишь расстроенным, у тебя что-то случилось?»;

- Эмпатическое рефлексивное слушание. Пересказать то, что ребёнок рассказал, чтобы он убедился, что взрослый действительно понял суть услышанного и ничего не упустил: «Правильно ли я тебя понял(а), что ...?»

- Прояснение намерений: «Бывало ли тебе так тяжело, что тебе хотелось, чтобы это все поскорее закончилось?»

- Расширение перспективы: «Давай подумаем, какие могут быть выходы из этой ситуации? Как ты раньше справлялся с трудностями? Что бы ты сказал, если бы на твоём месте был твой друг?»



## Основные стратегии помощи оказания кризисной помощи

1. **ВЫСЛУШИВАЙТЕ** – «Я слышу тебя». Не пытайтесь утешить словами типа: «Не все так плохо, вам станет лучше, не стоит этого делать». Дайте ему возможность высказаться. Задавайте вопросы, внимательно слушайте.

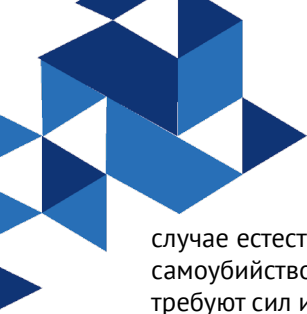
2. **ОБСУЖДАЙТЕ** – открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Не бойтесь говорить об этом – большинство людей чувствует неловкость, говоря о своих проблемах (особенно о самоубийстве), и это проявляется в отрицании и избегании этой темы. Беседы не могут усугубить состояние клиента, тогда как избегание этой темы увеличивает тревожность, подозрительность к психологу.

3. **БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ** к косвенным показателям. Каждое шутовое упоминание или угрозу следует воспринимать всерьез. Подростки часто отрицают, что говорили всерьез, пытаются высмеивать психолога за его излишнюю тревожность, могут изображать гнев. Скажите, что Вы принимаете их всерьез.

4. **ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСЫ** – обобщайте, проводите рефрейминг – «такое впечатление, что ты на самом деле говоришь о...», «большинство людей задумывалось о самоубийстве...», «ты когда-нибудь думал, что совершишь это?». Если Вы получаете утвердительный ответ, переходите на конкретику: «Пистолет? А ты когда-нибудь стрелял? А где ты его возьмешь? Что тогда произойдет? А что, если у тебя дрогнет рука, и ты промахнешься? Кто тебя найдет? Ты думал о своих похоронах? Кто на них придет?». Недосказанное, затаенное Вы должны сделать явным. Помогите подростку открыто говорить о своих замыслах.

5. **ПОДЧЕРКИВАЙТЕ ВРЕМЕННЫЙ ХАРАКТЕР ПРОБЛЕМ**. Признайте, что его чувства очень сильны, проблемы сложны – узнайте, чем Вы можете помочь. Поскольку он Вам уже доверяет, узнайте, кто еще мог бы помочь ему в этой ситуации.

Самоубийство близкого, как правило, приводит к психологической травме, и преодоление зачастую происходят медленнее, чем в



случае естественной смерти. Случившееся в ближайшем окружении самоубийство глубоко потрясает, а его осознание и переживание требуют сил и времени. Со смертью близкого человека всегда очень трудно смириться.

Дети и подростки, в близком окружении которых произошел суицид, относятся к группе риска, так как возможно повторение случившегося. Человека, потерявшего в результате самоубийства близкого, одолевают сложные чувства: чувство вины, чувство стыда, гнев и др. Однако ведущими будут бесконечная скорбь и постепенное понимание того, что жизнь бесповоротно изменилась.

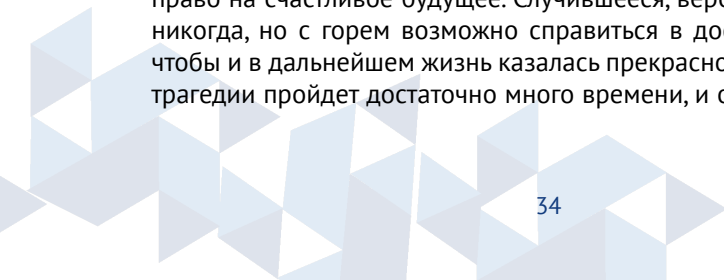
Произошедшее в ближайшем окружении самоубийство может как объединить, так и разобщить близких. Люди горюют и переживают кризис по-разному, и эти различия могут вызывать замешательство, а иногда конфликты между близкими. Один человек может быть парализован и поэтому казаться видимо спокойным, другой, находясь в шоке, начинает обвинять окружающих, третий – забывает свою скорбь за активной деятельностью, четвертый – пытается всем помочь, не успевая подумать о собственном восстановлении.


Важно понять, что не существует единого **«правильного способа» переживать скорбь**.

Способы преодоления горя / скорби у разных людей – тоже отличаются. Некоторым достаточно обсудить ситуацию и, выговорившись, освободиться от нее, другие – хотят осмыслить случившееся спокойно в одиночестве, третьи – для своего восстановления применяют какой-нибудь действенный способ, например, спорт, живопись или литературное творчество.

Как правило, люди черпают жизненные силы из различных источников. Случившееся переживается как на уровне чувств, мыслей, верований, ценностей, так и на физическом уровне. Мало-помалу человек формирует для себя новый «образ будущего».

У людей, в близком окружении которых произошел суицид, есть право на счастливое будущее. Случившееся, вероятно, не забудется никогда, но с горем возможно справиться в достаточной степени, чтобы и в дальнейшем жизнь казалась прекрасной. Когда с момента трагедии пройдет достаточно много времени, и она будет осознана





в достаточной мере, люди рассказывают о том, что силы и жажда жизни возвращаются, иногда даже в большей степени.

До этих пор у близких самоубийцы есть право получать необходимую помощь, переживать горе своим способом и радоваться всегда, когда есть возможность.

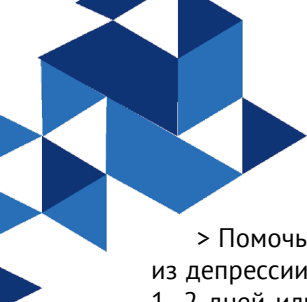
Ниже приведены **правила работы с подростками, друг или друга которых совершили самоубийство (Э. Гроллман) (4)**

> Избегать сказок и полуправды. Одна из самых серьезных проблем молодежи состоит в отсутствии у них знаний о суицидах из-за стремления взрослых к сохранению тайны в интересах детей. Между тем искажение реальности способно на долгий срок закрепить у подростка, находящегося в депрессии из-за случившегося, состояние подавленности. Поэтому необходимо в доступной форме предоставить старшеклассникам простые и ясные сведения о суициде с учетом их возраста и уровня развития. Очень важно, чтобы друзья самоубийцы услышали об обстоятельствах смерти от педагогов, а не от приятелей, соседей или из прессы.

> Говорить с ребенком об умершем, давая высказаться ему самому и вспоминая не только о произошедшей трагедии, но и о счастливом времени и моментах, проведенных с ушедшим. Однако обсуждение интимных причин и поводов суицида следует проводить избирательно.

> Давать возможность показать горе, выплеснуть эмоции. Гнев, отчаяние, протест свойственны не только взрослым, но и детям, которые имеют право на открытое проявление чувств. Вместе с тем необходимо обращать особое внимание на возникающее у подростков ощущение вины, уверяя их в непричастности к самоубийству и в том, что они сделали все возможное для его предотвращения.

> Преодолевать фаталистические настроения, обсуждая конструктивные пути преодоления возможных конфликтов. Важно убедить ребенка, что суицид является недостойным способом выхода из затруднительного положения, ибо как бы ни были мрачны тучи, потом обязательно выглянет солнце. Или самая ужасная зубная боль проходит, стоит только немного потерпеть.



> Помочь ребенку принять решение вновь начать жизнь. Выход из депрессии и реабилитация не происходит после одной встречи, 1–2 дней или ночей, поэтому важно продолжать работу с друзьями суицидента на протяжении всего срока, пока они нуждаются в помощи, поддерживая в них надежду на облегчение в будущем.


С ближайшим окружением несовершеннолетних после прошедшего события необходимо провести дебрифинг (письмо Министерства Просвещения РФ от 11.05.2021 № СК-123/07 «Об усилении мер безопасности»). Мы приводим описание процедуры дебрифинга на основании известной работы Конторовича В. А. и Анцуповой Г. Л. «Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации» (5).

Дебрифинг – это групповая форма кризисной интервенции; это особо организованное и четко структурированное обсуждение в группах людей, совместно переживших катастрофу или трагическое событие. Его автором является американский психолог Джеффри Митчел, раньше работавший пожарным. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, возможно, через несколько часов или дней после трагедии. Экстренная психологическая помощь характерна тем, что проводится с людьми в остром стрессовом состоянии (ОСР - острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.

#### ***Дебрифинг и его этапы***

Дебрифинг - метод работы с групповой психической травмой (Бадхен, 2001; Ромек и др., 2004). Это форма кризисной интервенции, особо организованная и четко структурированная работа в группах с людьми, совместно пережившими катастрофу или трагическое событие.

Считается, что оптимальное время для проведения дебрифинга не раньше, чем через 48 часов после события. К этому моменту завершится период особых реакций, и участники событий будут в состоянии, в котором возвращается способность к рефлексии и самоанализу.



Процедура дебрифинга заключается в отреагировании в условиях безопасности и конфиденциальности, она дает возможность поделиться впечатлениями, реакциями и чувствами, связанными с экстремальным событием. Встреча похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены на то, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к возникновению тех симптомов или реакций ПТСР, которые могут возникнуть впоследствии. Участникам обязательно сообщают о том, где они впоследствии могут получить помощь.


**Организация дебрифинга.** Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы помещение было удобным, доступным и изолированным. Идеальной обстановкой для дебрифинга является комната, где группа изолирована от внешних вмешательств, таких, например, как телефонные звонки. Участники располагаются вокруг стола. Это лучше, чем традиционная модель групповой терапии, когда стулья расположены по кругу с пустым пространством посередине, поскольку последняя форма организации пространства может быть непривычной и поэтому восприниматься как угроза.

Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов-дебриферов (ведущих). Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию. Время проведения четко обозначается вначале и составляет 2 - 2,5 часа (без перерыва). Ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная переработка опыта, в которой задействованы достаточно сильные эмоции.

**В дебрифинге принято выделять три части:**

Часть I - проработка основных чувств участников и измерение интенсивности стресса;

Часть II - детальное обсуждение симптомов и обеспечение чувства защищенности и поддержки;



Часть III - мобилизация ресурсов, обеспечение информацией и формирование планов на будущее.

**Структура дебрифинга** включает в себя *семь последовательных фаз*:

1. Вводная фаза;
2. Фаза описания фактов;
3. Фаза описания мыслей;
4. Фаза описания переживаний;
5. Фаза описания симптомов;
6. Фаза обучения;
7. Завершающая фаза


**Вводная фаза.** Начинается процедура со *знакомства* - ведущие и участники представляются. Ведущие выражают сожаление по поводу случившегося. Затем устанавливается основная *цель дебрифинга* - помочь справиться с последствиями травмирующего события.

Следует подчеркнуть, что дебрифинг – не является психотерапией, эта процедура позволяет поделиться своими чувствами и реакциями, помочь себе и другим, узнать о том, какие бывают обычно реакции на подобные события и как с ними справляться.

Для создания атмосферы безопасности принимаются *правила*.  
Рекомендуемые правила:

- Оставаться в течение всего времени (два часа).
- Говорить только от себя (не обобщать высказывания).
- Не уходить от темы.
- Право не высказываться.
- Относиться друг у другу с уважением, не высказывать оценочных суждений.
- Сохранение конфиденциальности.

Участники могут дополнить этот список. Могут задать уточняющие вопросы. Правила обозначаются для того, чтобы уменьшить тревогу, которая естественным образом может возникать у участников. Декларируется, что ни одного из членов группы не могут принуждать говорить что-либо против его воли. Единственное условие участия - они должны назвать свое имя и выразить свое отношение к катастрофе или тому событию, участником или свидетелем которого



они были. Однако от них требуется умение выслушивать, не перебивая и давая возможность высказаться всем желающим.

Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания встречи. Ведущий дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга. Членов группы также просят соблюдать конфиденциальность. Однако, можно обсудить возможность публикации обобщенных фактов. Возможно, что тогда они смогут помочь другим людям, вовлеченным в данную ситуацию или подобные, избавиться от ощущения уникальности собственных переживаний, которое ведет к замкнутости в себе и изоляции.

Нужно, чтобы участники знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики, споров.

Имеет смысл проговорить то, что во время процедуры возможно оживление сильных переживаний. Из-за этого участники могут почувствовать себя хуже. Но это необходимый этап проработки травматического опыта, без которого невозможно от этих переживаний освободиться. Однако это этап, и он будет иметь завершение.

Ведущие должны убедиться, что в помещении нет никого из посторонних - например, любопытствующих журналистов или представителей администрации, не имеющих непосредственного отношения к событию.

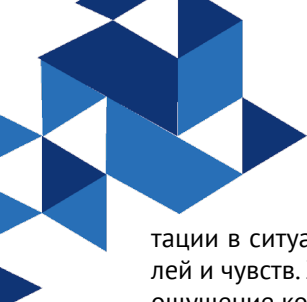
Правила обозначаются, чтобы минимизировать тревогу, которая может быть у участников.

**Фаза фактов.** Участникам предлагается по кругу ответить на следующие *вопросы*:

- Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)?
- Где вы были, когда случилось событие?
- Что случилось?
- Что вы видели? Слышали?

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что *произошло с ним во время инцидента*: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориен-



тации в ситуации, что может способствовать упорядочиванию мыслей и чувств. Знание всех событий и их последовательности создает ощущение когнитивной организации.

Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть эта фаза, однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на ней. Так или иначе, человек может иметь собственное видение ситуации, которое определяется разными факторами: его местоположением в этот момент, длительностью участия, замеченными мелочами и др. Собственное видение определяет личный смысл случившегося для данного конкретного человека и становится впоследствии источником страданий.

**Фаза мыслей.** На этой фазе дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления.

Участники отвечают на *вопросы*:

- Какова была ваша первая мысль, когда вы осознали, что произошло? (вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших).
- Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что произошло? (вариант для тех, кто не был непосредственным свидетелем).
- Какие решения вы принимали? Почему?

Первая мысль зачастую содержит то, что составляет сердцевину тревоги. Однако высказать эти мысли для участников может быть затруднительно, потому что эти мысли кажутся неуместными или причудливыми или недостойными. Тем более важно поделиться ими. Сопоставление своей реакции с подобными реакциями других людей *снижает напряжение и формирует общность.*

**Фаза чувств.** Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека.

Задача этого этапа – создать такие условия, при которых участники могли бы *вспомнить и выразить сильные чувства* в условиях поддержки группы и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания.





На этой фазе могут помочь такие *вопросы*, как:

- Как вы реагировали?
- Что было для вас самым ужасным из случившегося?
- Что запомнилось вам наиболее ярко?
- Какие телесные ощущения вы испытывали во время события?
- Что вы сказали бы погибшему, если у вас была бы такая воз-

можность?

Желательно, чтобы все высказались по порядку. Однако, если группа большая, то отвечать можно в произвольном порядке.

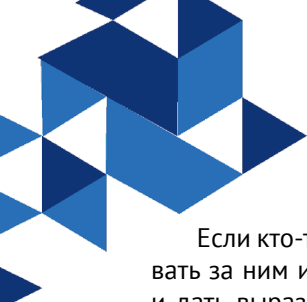
*Задача ведущих*- поддерживать выражение чувств со стороны участников. При этом нужно поощрять участников отвечать друг другу, высказывать поддержку и выражать ее другими средствами (прикосновением, объятием, взглядом). Особенно важно мобилизовать групповую поддержку в моменты, когда состояние говорящего ухудшается.

Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество. Очень характерное чувство для переживших катастрофу - чувство вины. Люди осуждают себя за те решения, которые им приходилось принимать в условиях недостатка информации, суеты и паники. Если кто-то из бывших с ними погиб, возможно возникновение переживания, которое называется «вина выжившего» - когда человек ощущает ответственность за их гибель, вину за неспособность помочь им и спасти погибших, переживает мысленные установки типа: «лучше бы вместо него погиб я».

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это - ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо или взять его руку в свою; сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы.

Прикосновения являются очень мощным средством выражения поддержки. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, поэтому они нуждаются в особом решении.



Если кто-то выходит за дверь, один из ведущих должен последовать за ним и поговорить с ним какое-то время, чтобы поддержать и дать выразить сильные чувства. Выражение интенсивных чувств снизит напряжение и позволит вернуться в группу.

Важно обратить внимание на тех, кто кажется наиболее травмированными, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. К таким участникам следует подойти после окончания и поговорить индивидуально.

**Фаза симптомов.** Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап работы. Некоторые реакции из-за своей необычности должны быть обсуждены более детально.


Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия; после завершения опасной ситуации; когда они возвратились домой; в течение последующих дней и в настоящее время.

Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

**Обучающая фаза.** На этой фазе обобщаются реакции участников и предоставляется информация о типичных реакциях на стресс.

Основные проявления посттравматического расстройства (ПТСР)

- Симптомы повторения. Повторяющиеся навязчивые воспоминания трагедии. Эпизоды «оживления» пережитого в форме иллюзий, галлюцинаций, флэшбэк-эпизодов. Повторяющиеся сновидения.
- Симптомы избегания. Стремление избежать разговоров, мыслей, чувств, мест, людей - всего, что может напоминать о трагедии. Блокировка (провалы) памяти. Отчуждение от близких.
- Симптомы возбуждения. Трудности засыпания и сохранения сна. Раздражительность, необоснованные вспышки злости. Трудности концентрации. Сверхбдительность. Преувеличенные реакции испуга.



Информацию можно раздать участникам в письменном виде и попросить их определить, какие из этих реакций они переживают.

Нужно:

- подчеркнуть то, что описанные состояния и симптомы - это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, что со временем они пройдут;
- рассказать, каких реакций можно ожидать по прошествии некоторого времени;
- поговорить о методах самопомощи, о том, как участники смогут позаботиться о себе;
- информировать участников о том, где они смогут получить помощь;
- ответить на вопросы участников.

**Завершающая фаза.** Для «заземления» опыта группы нужно:

- Кратко обобщить то, что было сказано.
- Спросить, не осталось ли чего-то важного, о чем хотелось бы сказать сейчас.
- Поблагодарить всех за участие, за то, что смогли поделиться своими чувствами, поддержать друг друга.
- Напомнить о конфиденциальности.
- Предложить участникам подумать о том, как они смогут поддерживать друг друга в дальнейшем.
- Возможно определить время и место новой встречи, которую они смогут организовать сами или при поддержке ведущих.

**Пост-дебрифинг.** В течение 20-30 минут после завершения следует уделить время тем из участников, которые вызвали наибольшее беспокойство у ведущих, поговорить с ними один на один.

Затем необходимо обсудить с лидером проделанную работу, дать друг другу обратную связь, проговорить наиболее важные моменты.

Ведущие должны продумать пути профилактики возникновения у себя вторичной травматизации: каким образом они смогут позаботиться о себе, о самовосстановлении после проделанной работы, которая могла вызвать у них сильные чувства. Где и с кем они смогут



отреагировать собственные эмоции от услышанного. Какие методы самопомощи они смогут использовать для себя.

Полезно обсудить также, при каких случаях, участник должен искать дальнейшую помощь. Определяющими могут быть следующие показания:

- если симптомы не уменьшились спустя 6 недель,
- если симптомы со временем более ярко выражены, состояние резко ухудшилось,
- если сотрудники не в состоянии адекватно функционировать на работе и дома.

Направление дальнейшей помощи следует уточнить. Группа может принять решение о необходимости следующего дебрифинга, или, как минимум, отметить его возможность, если инцидент был особенно травматичным или не удалось справиться с проблемами. Дальнейший дебрифинг может быть также необходим при некоторых обстоятельствах, например, смерти одного из сотрудников для усиления групповой солидарности.

Участникам дебрифинга и членам группы следует продумать, как они смогут общаться друг с другом в дальнейшем, когда команда будет расформирована. Например, обменяться телефонами и адресами.

Дебрифинг может иметь продолжение спустя две недели или даже до двух месяцев. Этот процесс уже менее структурированный, чем первый, и его главная задача проследить прогресс участников в терминах симптомов и действий, предпринятых, чтобы справиться с ними. Здесь также может происходить выделение участников, нуждающихся в более интенсивной психологической помощи.





## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ниже приводим примерные типовые Алгоритмы, разработанные специалистами ГБУ РС(Я) «Республиканский центр содействия семейному воспитанию», для использования их в своей работе.

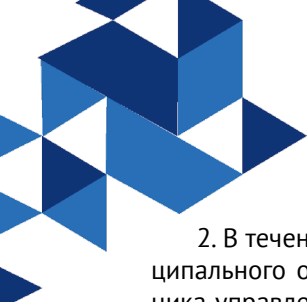
### Примерный типовой алгоритм действий специалистов социальных учреждений в случаях суицидальной попытки (парасуицида) несовершеннолетнего в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

1. Информирование о выявленных фактах попыток суицида среди несовершеннолетних.

1.1. При обнаружении случая суицидальной попытки несовершеннолетнего необходимо безотлагательно вызвать медицинского работника учреждения, который окажет первую медицинскую помощь, и вызвать «Скорую медицинскую помощь», известить администрацию учреждения, в котором находится несовершеннолетний, вызвать полицию.

1.2. Администрация учреждения, в свою очередь, незамедлительно извещает о случае правоохранительные органы, органы опеки и попечительства, органы управления образованием, КДНиЗП.

1.3. Специалист опеки и попечительства информирует о фактах попытки суицида Департамент демографической и семейной политики, опеки и попечительства Министерства труда и социального развития Республики Саха (Якутия).



2. В течение 24 часов приказом главы/заместителя главы муниципального образования, руководителя городского округа/начальника управления образования городского округа создается комиссия по служебному расследованию случая (далее – комиссия), в которую входит специалист отдела опеки и попечительства.

3. При подтверждении факта суицидальной попытки комиссией в течение 24 часов создается междисциплинарная группа психолого-педагогического сопровождения (психологи, педагоги, медицинские, социальные работники) для обеспечения безопасности и недопущения повторной суицидальной попытки. В случае несуицидального самоповреждающего поведения группа междисциплинарного сопровождения не создается. Несовершеннолетний, совершивший самоповреждение ставится на внутренний учет по кризисному состоянию и осуществляется соответствующее психолого-педагогическое сопровождение.

4. Междисциплинарная группа разрабатывает и реализует план индивидуальной социально-реабилитационной работы с ребенком-суицидентом, его социальным окружением в течение 2-х дней.

5. Индивидуальный план работы (ИПР) разрабатывается на срок от 3 до 6 месяцев в зависимости от состояния несовершеннолетнего.

6. Администрация учреждения проводит внутреннее служебное расследование по факту суицидальной попытки несовершеннолетнего для предоставления информации комиссии.

7. Из числа междисциплинарной группы назначается куратор случая (педагог-психолог, социальный педагог, воспитатель, специалист по социальной работе), который предоставляет отчет по работе с несовершеннолетним, оказавшимся в кризисном состоянии, междисциплинарной комиссии, согласно срокам, указанным в ИПР.

8. Воспитанник, в отношении которого проводится ИПР, ставится на внутренний учет по кризисному состоянию в учреждении.

9. Снятие с внутреннего учета несовершеннолетнего осуществляется по решению психолого-педагогического консилиума учреждения.

## Алгоритм действий специалистов социальных учреждений в случаях завершеного суицида несовершеннолетнего в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

1. Информирование о выявленных фактах суицида среди несовершеннолетних.

1.1. При обнаружении тела несовершеннолетнего с признаками суицида, после вызова «Скорой помощи» (при отсутствии – медицинского работника) и полиции, необходимо безотлагательно известить администрацию учреждения, в котором воспитывался несовершеннолетний.

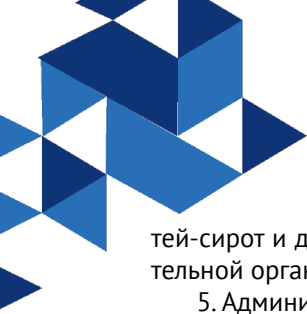
1.2. Администрация учреждения, в свою очередь, незамедлительно извещает о случае правоохранительные органы, органы опеки и попечительства, органы управления образованием, КПДиЗП.

1.3. Специалист опеки и попечительства информирует о выявленных фактах суицида в Департамент демографической и семейной политики, опеки и попечительства Министерства труда и социального развития Республики Саха (Якутия).

2. В течение 24 часов приказом главы/заместителя главы муниципального образования, руководителя городского округа/начальника управления образования городского округа создается комиссия по служебному расследованию случая (далее – комиссия), в которую входит специалист отдела опеки и попечительства.

3. При подтверждении факта завершеного суицида комиссией в течение 24 часов создается междисциплинарная группа психолого-педагогического сопровождения (психологи, педагоги, медицинские, социальные работники) для обеспечения безопасности, предотвращения или прекращения панических реакций окружения, недопущения повторных суицидов среди ближайшего окружения, выявления лиц с симптомами ПТСР, составляющих «группу риска».

4. Междисциплинарной группой составляется список лиц, нуждающихся в ИПР в зависимости от состояния пострадавших несовершеннолетних и направляется директору организации для де-



тей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей образовательной организации, обучающийся которой совершил суицид.

5. Администрация учреждения проводит внутреннее служебное расследование по факту завершенного суицида несовершеннолетнего для предоставления информации комиссии.

6. Из числа междисциплинарной группы назначается куратор случая (педагог-психолог, социальный педагог, воспитатель, специалист по социальной работе), который предоставляет отчет по работе со случаем.

Комплексная реабилитация ближайшего окружения суицидента (одноклассники, друзья, родственники, педагоги) в случае завершенного суицида относится к поственции (третичная профилактика). Поственция включает в себя следующий комплекс реабилитационных мероприятий для ближайшего окружения суицидента.






## План работы по оказанию психологической помощи педагогам, учащимся и их родителям

Этапы	Содержание этапа	Формы и методы работы	Количество часов
1	Проработка первой стадии переживания экстренной ситуации (в течении 48 часов после происшествия)	- методическая консультация для педагогов и администрации школы	1
		- психологический дебрифинг для учащихся	2
		- беседа с родителями одноклассников суицидента	2
		- индивидуальное консультирование (по запросам)	1,5
2	Пережить боль потери (через 2 недели)	- психологический тренинг для учащихся по купированию стрессового состояния	3
		- беседа с классным руководителем	1
3	Адаптация к изменившимся обстоятельствам (через месяц)	- беседа с педагогами	1
		- психологический тренинг для учащихся	2
		- индивидуальное консультирование (по запросам)	
4	Восстановительный этап (от двух до шести месяцев)	- собеседование с педагогами, администрацией школы по дальнейшему взаимодействию	0,5
		- отслеживание успеваемости, особенностей поведения, состояния здоровья учащихся	0,5
		- психологический тренинг для учащихся «Помогая другим, помоги сам себе»	3
		- профориентационная беседа с учащимся	1
		- индивидуальное консультирование (по запросам)	



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации, М., 1980.
2. Аутодеструктивное поведение в подростковом возрасте: профилактика и основы психолого-медико-социальной помощи. Методические рекомендации ФГБНУ Центр защиты прав и интересов детей, М. 2020.
3. Всемирная организация здравоохранения. Предотвращая суицид. Глобальный императив. Информационная брошюра, 2014.
4. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. - М.: Когито-Центр, 2001. - стр. 270-352.
5. Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001.
6. Корнетов А.Н., Шелехов И.Л., Силаева А.В., Толстолес Е.С., Морева С.А., Линок Е.А. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013
7. Семенова Н.Б. Дети Якутии: реалии и будущее / Н.Б. Семенова – Красноярск, 2013.



8. Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты). Методические рекомендации ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Министерства здравоохранения Российской Федерации, М, 2020.

9. Уильям Миллер, Стивен Роллник. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. СПб, 2017.

*Научно-популярное издание пособие*

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ  
В СИТУАЦИЯХ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

Составители:

**Киселева** Александра Валерьяновна

**Шахурдина** Зинаида Софроновна

**Иванова** Надежда Федотовна

**Козлова** Марина Владимировна

**Жапарова** Алия Ныгмановна

Якутск, «Дом печати», 2022

Верстка *Шадрина М.И.*

Подписано в печать 2022

Формат набора 60x84 1/16

Гарнитура PT Sans. Печать цифровая.

п.л. 3,25. Тираж 70 экз. Заказ № 14