

Одобрено
Совет специалистов
Протокол № 38 от «27» марта 2017г.
Председатель _____ (Крайнева И.В.)

Утверждаю
Директор ГБОУ ОЦДиК
_____ О.Н.Кондакова
«27» марта 2017г.

Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения детей и подростков



Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения детей и подростков

Одним из последствий кризиса, а точнее, деструктивного разрешения кризисной ситуации является суицид. Психологический смысл суицида чаще всего заключается в отреагировании аффекта, снятии эмоционального напряжения, ухода от той ситуации, в которой волей или неволей оказывается человек. Люди, совершающие суицид, обычно страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Они часто страдают психическими болезнями, эмоциональными нарушениями, особенно депрессией, и смотрят в будущее без надежды.

Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Суицидальное поведение встречается как в норме (без психопатологии), так и при психопатиях и при акцентуациях характера – в последнем случае оно является одной из форм девиантного поведения при острых аффективных или патохарактерологических реакциях.

В подростковом возрасте возрастает количество суицидов. По данным статистики, самоубийство является третьей основной причиной подростковой и юношеской смертности после несчастных случаев и убийств. В медицине есть даже специальный термин «пубертатный суицид». Более того, суицид рассматривают как один из вариантов проживания данного возрастного кризиса. Для подростков самоубийство – типичная реакция на стрессовые ситуации и кризисы. А это значит, что в любой момент подросток может почувствовать себя совершенно лишним в этом мире.

Аутоагрессивные действия детей и подростков чрезвычайно опасны. Суицидальные тенденции после попытки самоубийства сохраняются у 60% суицидентов.

Отмечается, что до 12 лет суицидальные попытки чрезвычайно редки. С 14-15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16-19 лет.

Соотношение попыток и смертей у подростков составляет 50:1; соотношение суицидальных попыток у девочек и мальчиков – 2,5:1; среди демонстрационных попыток это соотношение составляет 4,3:1. До 19 лет среди суицидентов преобладают девочки.

Лишь у 10% подростков имеется истинное желание убить себя, в 90% суицидальное поведение – это «крик о помощи», обращенный к родным и близким. Неслучайно, что 80% попыток совершаются дома, притом в дневное и вечернее время. В среднем каждая 4-я попытка суицида заканчивается самоубийством по неосторожности. Суицидальное поведение у детей и подростков, имея сходство с действиями взрослых, отличается возрастным своеобразием.

Подросткам присуща недостаточная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Кроме того, для этого возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения: иногда при желании умереть выбираются неопасные с точки зрения взрослых средства, и наоборот – демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки применяемых средств.

В отличие от взрослых, у детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

Еще одной особенностью суицидальной активности подростков является несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного

распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружения случаев.

Психологи практически единодушны в том, что причинами подростковых самоубийств являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, как это нередко происходит со взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе. «Неблагополучие» в семье имеет не внешний, а содержательный характер: речь идет о дисфункциональных паттернах взаимодействия в семье, где в первую очередь нарушены родительно-детские отношения. 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 семьей.

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

Самоповреждения. Характерно сочетание как ауто-, так и гетероагрессии. Эмоциональное состояние во время самоповреждений – злоба, обида.

Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. 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 подробным образом не разрешается – возможен повтор.

Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. 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. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаяние; 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 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. При демонстративном поведении способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.

Следует 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.

Самоубийство, как правило, не происходит вдруг, решение покончить с собой зреет в течение некоторого времени. Суицид является последней каплей в чаше терпения. Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе даёт понять окружающим о своем намерении. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто окружающие не слушают их. Дело в том, что самоубийство – это предмет табу. Слово «суицид» обычно произносится шепотом, оно не подходит для любой компании. Семья и друзья часто притворяются, что не слышат этого ужасного слова, даже когда оно произнесено.

Помощь при потенциальном суициде.

Суицидальная интервенция, являясь «вхождением между», представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения. Она заключается в контакте лицом к лицу с отчаявшимся ребенком (подростком) и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом или экзистенциальном кризисе.

Главная цель помощи – предотвратить дальнейшее развитие реакции и покушение на самоубийство. Для этого ребенку требуется помощь в овладении ситуацией, а также коррекция неадаптивных личностных установок, обуславливающих развитие кризисных состояний и суицидальных тенденций.

Шаги неотложной помощи - кризисная интервенция.

Решающее значение имеет **ПЕРВЫЙ ШАГ – беседа** (1,5 – 2 часа). Первая важная задача – установление контакта и достижение доверия. Для этого необходимо убеждать ребенка (подростка) в эмоциональном принятии («Что бы я мог сделать для Вас?»), поощрять открытое выражение мыслей и чувств с помощью сострадательной эмпатии, уменьшать напряжение через «выговаривание». На данной стадии необходимо также провести оценку обстоятельств и степени угрозы суицида.

Угроза суицида «1» – у обратившегося были суицидальные мысли, но он не знает, как и когда он их осуществит.

Угроза суицида «2» – у обратившегося есть суицидальные мысли и план, но он говорит, что не собирается покончить жизнь немедленно.

Угроза суицида «3» – обратившийся либо собирается тут же покончить с собой, либо в процессе разговора, либо сразу после него.

В последнем случае (если угроза реальна и решение принято) беседа может быть направлена на достижение решения об отсрочке его выполнения.

В первых двух случаях целесообразно и возможно реализовать **ВТОРОЙ ШАГ** – интеллектуальное овладение ситуацией. С помощью специальных вопросов и утверждений необходимо преодолеть чувство исключительности ситуации: «Такие ситуации встречаются нередко». Также с помощью включения актуальной ситуации в контекст жизненного пути следует снять ощущение ее внезапности и непреодолимости. Уменьшить остроту переживания можно с помощью подчеркивания, что есть время на обдумывание, или концентрации на предыдущих достижениях и успехах. 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 (гипотезы о возможных способах разрешения ситуации), побуждение к планированию и оформлению ясного конкретного плана, удержание паузы («одобряющее молчание») с целью стимулирования инициативы подростка 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. На завершающем этапе кризисной работы следует также обсудить то, каким образом преодоление данной травмирующей ситуации будет полезным для преодоления жизненных трудностей в будущем.

Необходимо придерживаться *определённых правил* при общении с лицами, подверженными риску совершения суициду.

Если суицидальное поведение ситуационно (психогенно) обусловлено, то в основе интервенции лежит кризисная психотерапия, а психофармакологическое лечение является лишь трамплином для психокоррекции и психотерапии.

1. *Оцените степень риска самоубийства.* Постарайтесь определить серьезность 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. Очень важно выявить и другие факторы, такие, как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений и дезорганизации поведения, чувство безнадежности и беспомощности.

2. *Суицидальный контракт.* Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Для того, чтобы показать ребенку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним так называемый суицидальный контракт – попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

3. *Обратитесь за помощью к специалистам.*

Не оставляйте ребенка одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не придет помощь. Возможно, придется позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

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 ребенка.

Иногда единственной альтернативой помощи суициденту, если ситуация оказывается безнадежной, становится госпитализация в психиатрическую больницу. Промедление может быть опасным; госпитализация может принести облегчение как больному, так и семье. Тем не менее, больницы, конечно, не являются панацеей. Самоубийство может быть совершено, если больному разрешат навестить домашних, вскоре после выписки из больницы или непосредственно во время лечения.

4. *Семейная терапия.* Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся подростки глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Если депрессивный ребенок (подросток) не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним методом лечения является семейная терапия. В этом случае об отчаявшемся не говорят «пациент». Все члены семьи получают поддержку, высказывают свои намерения и огорчения, конструктивно вырабатывая более комфортный стиль совместной жизни. Наряду с конструктивным снятием эмоционального дискомфорта при семейной терапии могут быть произведены персональные изменения в окружении.

5. *Примите суицидента как личность.* Допустите возможность, что ребенок (подросток) действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

6. *Установите заботливые взаимоотношения.* Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося ребенка. В

дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.

Вместо того, чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для ребенка, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого психолога являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося ребенка.

7. *Будьте внимательным слушателем.* Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Если ребенок страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

Помните, что ребенку (подростку) трудно сосредоточиться на чём-то, кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю вашу откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от вас требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства ребенка, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Как психологи, так и неспециалисты должны развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации.

Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

8. *Не спорьте.* Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент.

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 ребенком (подростком), вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

9. *Задавайте вопросы.* Лучший способ вмешаться в кризис – это 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 и достичь катарсиса.

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной? Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства? Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой? Если вы раньше размышляли о самоубийстве, что вас останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, вы говорите...» Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося подростка, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

10. *Не предлагайте неоправданных утешений.* Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, вы так на самом деле не думаете». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать беспокойство его ситуацией. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

Суицидальные люди с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя», – и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

11. *Предложите конструктивные подходы.* Вместо того, чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», – попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время? Когда вы почувствовали себя хуже? Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены? К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося ребенка необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если подросток все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены», – или: «По моему мнению, вы сейчас заплачете». Имеет смысл также сказать: «Вы все-таки взволнованы. Может, если вы поделитесь своими проблемами со мной, я постараюсь понять вас».

12. Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснение, как ребенок разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми ребенок справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта.

Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для ребенка (подростка), что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать?

И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

13. *Вселяйте надежду.* Работа со склонными к саморазрушению депрессивными детьми и подростками является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой ребенок может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда».

Надежда помогает ребенку (подростку) выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из

оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Надежды должны быть обоснованы: когда корабль разбивается о камни, есть различия между надеждой «доплыть до ближайшего берега или достичь противоположного берега океана».

Что следует делать психологу в работе с уцелевшими после суицида:

- 1) быть принимающим и заботливым;
- 2) давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий;
- 3) подчеркивать, что переживания являются естественными;
- 4) информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Не следует:

- 1) Не следует принимать просьбы, которые вы не можете выполнить;
- 2) рационализировать события;
- 3) давать неисполнимые обещания;
- 4) делать замечания типа: «Это была Божья воля», «Не стоит говорить об этом», «Это и без того давит на вас».

ОПИСАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Последовательность микротехник активного слушания «Колесо слушания»

Отражение - отражать ребенку то, что было им сказано, пользуясь немного другими выражениями, но включая слова, произнесенные им.

Зондирование - спрашивать не ради того, чтобы просто спросить, а чтобы подтолкнуть разговор вперед.

Открытые вопросы - любые вопросы, не требующие ответов «да» - «нет», например: «как?», «что?», «где?», «кто?», «почему?». Они способствуют тому, чтобы ребенок побольше рассказал о своих чувствах.

Прояснение - в случае, когда ребенок лишь вскользь касается чего-то важного, такие фразы как: «...не мог бы ты остановиться подробнее на...», или: «...похоже, что это трудный для тебя вопрос...», помогают ребенку самому разобраться в каких-то вещах.

Молчание - очень мощный инструмент при выслушивании. Он позволяет говорящему задуматься о том, что он сказал и что сказать дальше, а, кроме того, помогает ему лучше впитать какие-то новые идеи.

Короткие подбадривающие реплики - стимулируют необходимую ответную реакцию ребенка. Короткие слова типа «да-да», «продолжай», «понятно», помогают при разговоре.

Реагирование - в случаях, когда ребенку необходимо сочувствие и понимание, такие фразы как: «...это должно быть очень тяжело», «...тебе действительно досталось» и т.д., помогают продолжить беседу.

Если слушание оказывается эффективным, могут произойти две вещи:

- если ваша реакция адекватна, ребенок скажет: «Да!» и продолжит свой рассказ;
- если ваша реакция неадекватна, ребенок, скорее всего, поправит вас, сказав: «Нет, я имею в виду...».

Если эффективного слушания не получилось, разговор обычно заканчивается взрывом эмоций.

Таким образом, активное, внимательное слушание - важная предпосылка устойчивых отношений доверия.

Психолог может оценить успешность своих действий, используя «метафоры активного слушания», в которых выражено мнение ребенка:

- вы действительно стараетесь понять меня, даже когда в том, что я говорю, не слишком много смысла;

– вы понимаете мою точку зрения, даже когда она противоречит Вашим глубоким убеждениям;

– вы понимаете, что после часа, которые я отнял у Вас, Вы немного устали и чувствуете себя несколько опустошенным;

– вы сдержались и не рассказали мне ту смешную историю, которую Вам так хотелось мне рассказать;

– вы поддержали во мне чувство собственного достоинства, дав мне возможность принять собственное решение, несмотря на то, что чувствовали, что я не прав;

– вы не стали решать за меня мою проблему, но оказали мне доверие, предоставив мне решить её своим способом;

– вы предоставили мне достаточно пространства, чтобы я мог сам понять, почему я был так расстроен, и достаточно времени, чтобы я решил, что лучше всего сделать;

– вы сдержали свое желание дать мне мудрый совет;

– вы приняли от меня дар моей благодарности, сказав, что Вам приятно слышать, что Вы смогли мне помочь.

Каталог вопросов, разработанный С.Д. Хачатуряном, может быть использован при:

1) осуществлении анализа условий:

- В чем заключается проблема?
- Как она проявляется здесь и теперь?
- Какие внешние и внутренние ситуации способствуют возникновению проблемы?
- Какие чувства, эмоции возникают?
- Что значит: «Меня охватывает чувство страха (используется вербальный символ ребенка)» применительно к данному конкретному ребенку?
- Насколько сильны эти чувства?
- Как часто и как долго дает о себе знать эта проблема?
- Имеются ли периоды, когда данной проблемы для Вас не существует?
- Когда и где появляется эта проблема? В какое время дня? Детском саду, школе или на досуге?
- Какие мысли приходят в голову в критических ситуациях?
- Какие последствия имеет проблема для ребенка и его окружения?
- Избегает ли ребенок определенные, порождающие проблему ситуации?
- Как реагирует окружение на эту проблему?
- Как изменился образ его жизни и образ жизни близких ему людей?

Основной вопрос здесь: «Как ребенок до настоящего момента пытался решить эту проблему?»

2) описание жизни ребенка:

- Откуда взялась проблема?
- Предшествовали ли проблеме какие-либо переживания, которые могли способствовать её возникновению?
- Когда, где и как возникла эта проблема?
- Как она менялась с течением времени?

3) осуществление функционального анализа

- Какой смысл или какое конечное значение имеет проблема?
- Какую цель она преследует или какую задачу она решает?
- Для чего нужна ребенку эта проблема?
- Чего он пытается тем самым добиться?
- Какую функцию выполняет проблема в теперешней жизненной ситуации ребенка, в его отношениях?

Проработка символов ребенка должна привести к формулировке проблемы в ресурсном виде.

Пример:

- Ты всегда мне лжешь.

Вопрос: «Всегда – всегда?»

Модальные операторы необходимости – слова, указывающие на отсутствие выбора: «мне следует», «я должен», «я не могу», «это необходимо». Работе с этими ограничениями помогают 2 вопроса:

- Что Вам мешает?

- Что случится, если Вы этого не сделаете?

Пример:

- Я не могу этого сделать.

Вопрос: «Что Вас останавливает?»

- Я должен заботиться о других. Вопрос: «Что случится, если Вы перестанете заботиться о других?»

Семантически ошибочные формулировки мешают ребенку действовать так, как он стал бы действовать в иной ситуации. Если противопоставить что-то высказанному предположению, появится возможность задуматься, действительно ли верно предположение о причинно-следственном отношении.

Пример:

- Ты нарушаешь мои планы.

Вопрос: «Как я могу нарушать твои планы?»

- То, что ты пишешь на стене, меня достает.

Вопрос: «Каким образом то, что я пишу на стене, может тебя доставать?»

Чтение мыслей – это способ обнаружения, что кто-то действует на основании иллюзий, а не информации. Вопросы типа: «Каким образом Вы узнаете, что «А» ...?» помогают говорящему осознать или даже поставить под сомнение вопрос предположения, казавшийся очевидным.

Пример:

- Я знаю, что это для него лучше.

Вопрос: «Как Вы узнаете это?»

- Он никогда не думает о последствиях.

Вопрос: «Как именно Вы узнаете, что он никогда не думает о последствиях?»

Потеря субъекта - выражается в утверждениях, принимающих форму обобщения по поводу мифа. Обычно это суждения типа: «Так нельзя поступать», «Вот как нужно делать», «Это нехорошо» и т.п.

Пример:

- Неправильно полагаться на благотворительность. Вопрос: «Для кого неправильно это?»

- Так нельзя поступать.

Вопрос: «Кому так нельзя поступать?»

Таким образом, мета модель - это набор средств, дающих возможность оставаться в рамках внешнего сенсорного опыта, получая информацию ребенка. Они помогают придерживаться опыта ребенка (а не идти внутрь себя), извлекая новые возможности для роста его собственных ресурсов.

Методика «Сосредоточенное мечтание», которая осуществляется в несколько этапов:

1. Составление проекта желаемого будущего (для этого можно использовать: запись всех желаний, без критики и ограничений, в течение 10-15 мин; составление фильма о собственной жизни с фиксацией ряда кадров из желаемого будущего; «путешествие» на машине времени в свое будущее, мысленное путешествие в «особенное место», где можно побеседовать с мудрецом и услышать его наставления и т. д.).

2. Определение временной сетки (если все, что выделено на первом этапе, относится к завтрашнему дню, следует подумать о ближней перспективе; если цели относятся к весьма отдаленному времени, следует подумать о ближайших шагах).

3. Выбор наиболее важных целей и ценностей, обоснование их важности.

4. Проверка сформулированных целей и ценностей на позитивность, конкретность, достижимость, ясность, этичность.

5. Составление списка ресурсов для достижения цели.

6. Составление списка ограничений на пути к цели.

7. Составление поэтапного плана достижения цели.

Техника ослабления травматического инцидента (ОТИ)

Автор методики – Франк Джербод. Техника ОТИ может применяться в работе с подростками и состоит в просмотре, визуализации, повторном переживании происшедшей травмы. При помощи этого метода происходит когнитивная переоценка события.

В этом методе подчеркивается нейтральность психотерапевта. Клиенты в этом методе – обозреватели, психотерапевт – фасилитатор, а процесс называется «просмотр».

Необходимыми условиями для работы является достаточно бодрое состояние подростка в начале сеанса, доверие к психотерапевту и готовность разрешить проблему. Одна из задач психотерапевта – обеспечить подростку безопасное психологическое окружение, а также убедиться в том, что он хочет работать с проблемой.

Место для терапии должно быть изолированным, чтобы ходу работы ничего не мешало. Процедура может занять много времени, но ни психотерапевт, ни подросток не должны торопиться.

Общение схематично, четко определено. Никаких интерпретаций! Психотерапевт нейтрален, он принимает без комментариев все, что бы подросток ни говорил. Даже если у психотерапевта возникают эмоциональные реакции, их не следует проявлять. У подростка может быть сильная эмоциональная реакция, он может захотеть остановиться – психотерапевт должен его поддержать, чтобы он продолжал работу, помочь ему вновь встретиться с тем, что он пережил во время травматического события. Задача психотерапевта – довести сессию до успешного завершения.

Техника проведения ОТИ очень простая. Психолог объясняет основные правила и описывает процедуру: «Вам нужно следовать инструкции и делать то, что я скажу. Мы должны работать не прерываясь. Ваша задача – вспомнить эпизод, пройти через него многократно. Работаем до результата, остановимся, когда почувствуете себя лучше. Возможно, вам захочется со мной что-либо обсудить, спросить совет, но этого мы не будем делать. Я не буду давать советы, не буду вас оценивать. Что было, то было. Сейчас перед нами стоит задача, чтобы эти воспоминания не мешали жить. Мы не будем подробно обсуждать ваш случай, я объясню, что нужно делать. Вам не следует с кем-либо обсуждать то, что произойдет на сеансе».

Процедура ОТИ

Вспомните травматический инцидент. Представьте себе, что вы об этом смотрите фильм на видео. Просмотрите событие и скажите:

1 шаг. Когда это произошло?

2 шаг. Где это произошло?

3 шаг. Как долго это длилось? Если это цепочка событий, вспомните первое.

Когда вы определите, как долго длилось событие, то:

4 шаг. Вернитесь к началу инцидента.

5 шаг. Включите кнопку «видео», начните «просмотр». Если необходимо, закройте глаза. Что Вы представляете, видите, чувствуете? Кратко расскажите об этом.

6 шаг. Просмотрите событие, пройдите через инцидент до конца. Дайте мне знать, когда завершите просмотр.

7 шаг. Скажите, что произошло? Что вы представляете, видите, слышите, чувствуете? Кратко расскажите.

8 шаг. Вам нужно пройти через этот эпизод много раз. Это похоже на повторный просмотр фильма, когда его смотришь несколько раз и замечаешь все больше деталей и менее эмоционально реагируешь. Скажите вслух «начало», когда вернетесь к началу эпизода, просмотрите эпизод вновь. Можете рассказать то, что захотите, можете мне рассказать только о новых деталях, которые вы замечаете при повторном просмотре. Когда закончите просмотр, опять возвращайтесь в начало. Пройдите все до конца.

9 шаг. После того, как вы несколько раз просмотрите, я хочу узнать, лучше вам или хуже. Инцидент становится легче или тяжелее?

Если подросток говорит, что легче, необходимо начать сначала; если тяжелее или без изменений, спросите: «Может, инцидент начался раньше?» При положительном ответе следует попросить обратиться к более раннему эпизоду, пройдя шаги 5–8.

Если подросток не может вспомнить более ранние эпизоды, следует спросить, есть ли в его опыте что-либо, напоминающее ситуацию травмы? Если ответ положительный, психотерапевт просит подростка вспомнить это событие, свои чувства, мысли. В этом случае следует повторить шаги 1–8.

Когда у психотерапевта создается впечатление, что подросток достиг «финала», он задает вопросы типа: «Как инцидент представляется Вам теперь? Сознаете ли, какие решения вы принимали во время события?»; «Есть ли что-либо, что Вы хотели бы спросить или сказать до конца сессии?».

Как узнать, что можно закончить процедуру ОТИ?

Обычно можно наблюдать изменение эмоциональных и вегетативных реакций. Кроме этого, подросток при каждом просмотре замечает больше деталей, делает больше комментариев, высказывает больше суждений. Можно задать вопрос, стало ли ему легче? Если хуже, то либо событие начиналось раньше, либо еще есть травматичные события, которые связаны с прорабатываемым.

Если психотерапевту приходится работать с неопределенным запросом, например: «Я боюсь быть среди людей», то необходимо предложить клиенту просмотреть последний случай, когда он испытывал это чувство, затем возвращаться до первичной травмы.

Диагностические методики предрасположенности подростка к суицидальному поведению

- *«Акцентуации характера»*, Опросник Г. Шмишека изучает типы акцентуации характера человека.
- *Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхнина, Д.М. Менделевича*
- *Комплекс методик диагностики суицидального поведения подростков М.В.Горской* позволяет выявить индивидуальные особенности, располагающие к суицидальному поведению.
- *Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда* предназначена для оценки уровня социально-психологической адаптации по критериям: адаптации, самопринятия, принятия других, эмоциональной комфортности, интернальности, стремления к доминированию.
- *Методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенка* предназначена для определения уровня тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.
- *Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона*
- *Методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса* предназначена для изучения уровня и характера тревожности, связанной со школой у детей младшего и среднего школьного возраста.
- *Методика «Исследование тревожности» Ч.Д. Спилбергера* позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние.
- Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков (модификация Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) А.Е. Личко).

- Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева предназначен для выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.
- Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко предназначен для определения в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и др.)
- Характерологический опросник К. Леонгарда предназначен для выявления акцентуаций характера.
- Шкала депрессии - предназначен для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Тест адаптирован Т.И. Балашовой.
- Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) позволяет выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых жалоб.

Литература

1. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию. М., «Академия», 1996.
2. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию / Г.С.Абрамова. – Брест, 1992.
3. Аверин, В.А. Психология детей и подростков / В.А. Аверин. – СПб., 1994.
4. Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981.
5. Амбрумова, А.Г. Мотивы самоубийств / А.Г.Амбрумова, Л.И.Постовалова //Социол. исследов., 1987, №6, с. 52-60.
6. Амбрумова, А.Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г.Амбрумова, Л.Я.Жезлова. – М., 1978.
7. Амбрумова, А.Г., Предупреждение самоубийств / А.Г.Амбрумова, С.В.Бородин, А.С.Михлин. – М., 1980.
8. Асмолов, А.Г. Психология личности / А.Г.Асмолов. – М., 1990.
9. Бархерит, Г.Я. Подходы к преодолению осложнённого поведения подростков / Г.Я.Бархерит, Я.В.Кахнович // Адукацыя і выхаванне.– 2001. – № 3. – С. 19 – 26.
10. Беличева, С.А. Основы превентивной психологии / С.А.Беличева. – М., 1993.
11. Белановский, С.А. Методика и техника фокусированного интервью. М., Наука, 1993.
12. Битянова, М.Р. Организация психологической работы в школе / М.Р.Битянова. – М., 1997.
13. Битянова, М.Р. Работа психолога в старшей школе / М.Р.Битянова. – М., 1998.
14. Бурменская, Г.В. Возрастно-психологическое консультирование / Г.В.Бурменская и др. – М., 1990.
15. Вебер, В. Важные шаги к помогающему диалогу. Программа тренинга основанная на практическом опыте / В. Вебер. – СПб., 1998.
16. Волкова, А.Н. Психолого-педгогическая поддержка детей суицидентов / А.Н.Волкова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998.– №2 – С. 36-43.
17. «Виды психологического консультирования», <http://www.bestreferat.ru/referat-107852.html>
18. Гишинский, Я.И. Социологические и психологические основы суицидологии / Я.И.Гишинский, Я.И.Юнацкевич. – СПб., 1999.
19. Давыдов, А.А. Самоубийства, пол и "золотое сечение" / А.А.Давыдов, И.А.Садовская //Социол. исследов. – 1991. – №5. –С. 99-102.
20. Захаров, А.И. Отклонения в поведении ребёнка / А.И.Захаров – М., 1993.
21. Змановская, Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие / Е.В.Змановская. – М., 2003.

22. Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе / Ц. П.Короленко, Т.А.Донских. – М, Кристенсон, Т. Модель решения проблемы. //Вестник РАТЭПП. СПб.. 1993. №1-2. с. 36.
23. Кристенсон, Т. Модель решения проблемы. //Вестник РАТЭПП. СПб.. 1993. №1-2.
24. Крон, Т. Помощь находящемуся в кризисном состоянии. Вестник РАТЭПП, вып. 1, 1995.
25. Лебедев, В.И. Личность в экстремальных условиях / В.И.Лебедев. – М., 1987.
26. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.
27. Научные и организационные проблемы в суицидологии. – М., 1983.
28. Овчарова, Р.В. Практическая психология образования: учебное пособие для студентов / Р.В.Овчарова. – М., 2003.
29. Овчарова, Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М., 2003.
30. Овчарова, Р.В. Справочная книга социального педагога / Р.В.Овчарова. – М., 2001.
31. Попова, О.С. Психологическое сопровождение педагогического процесса / О.С.Попова. – Мн., 2003.
32. Практикум по психологическому консультированию. М., «Академия», 1996.
33. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка / под ред. Л.М.Шипицыной. – М., 2003.
34. Рабочая книга школьного психолога. Под. ред. д.п.н. Дубровиной И.В. М., «Просвещение»,1991.
35. Руководство по телефонному консультированию. Metro Crisis Line, г.Портленд (штат Орегон), США. 1996г.
36. Скворцов, А.В. Логика телефонной беседы. //Вестник РАТЭПП. СПб., 1995. №2.
37. Снайдер, Р. Практическая психология для подростков / Р. Снайдер. – М., 1995.
38. Суицидология: Прошлое и настоящее: сб. статей / сост. А.Н.Моховиков. – М., 2001.
39. Трегубов, Л. Эстетика самоубийства / Л.Трегубов, Ю.Вагин. – М., 1993.
40. Хухлаева, О.В. Как сохранить психологическое здоровье подростков: пособие для школы / О.В.Хухлаева. – М., 2003.
41. Хэмбли, Г. Телефонная помощь. Руководство для тех, кто желает помогать по телефону. Пер. Ю. Донец. Ред. Моховиков А.М. Одесса, 1993.
42. Копинг-стратегии. Электронный ресурс <http://razuznai.ru/koping-strategii.html>
43. Психологические упражнения. Электронный ресурс http://bookap.info/voznrast/malkina_pyh_vozrastnye_krizisy/gl289.shtm