

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования города Москвы
МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



*Банников Г. С., Вихристюк О. В.,
Миллер Л. В., Сеницына Т. Ю.*

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

Москва,
2013

УДК 159.972
ББК 88.834.022.

Рецензент:
доктор медицинских наук, профессор *Е. Б. Любов*

Банников Г. С., Вихристюк О. В., Миллер Л. В., Сеницына Т. Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 40 с.

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

Памятка содержит базовую информацию о динамике суицидального поведения, его видах, маркерах, факторах риска и антисуицидальных факторах. Приводится описание алгоритма экстренной психологической помощи, оказываемой субъектам образовательной среды, в случае завершения суицида/риска суицида. Памятка также содержит информацию об учреждениях, оказывающих специализированную помощь в ситуации риска суицида.

ISBN 978-5-94051-132-0

© Центр экстренной психологической помощи МГППУ, 2013
© ГБОУ ВПО МГППУ, 2013.

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

Составители:

Банников Г. С., к.м.н., заведующий лабораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» ЦЭПП МГППУ, ст.н.с. отд. суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России.

Вихристюк О. В., к.психол.н., руководитель ЦЭПП МГППУ.

Миллер Л. В. к.психол.н., вед.н.сотр. лаборатории «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» ЦЭПП МГППУ, ст.н.сотр. ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России.

Синицына Т. Ю. руководитель отдела «Психологическая помощь субъектам образования» ЦЭПП МГППУ.

Одна из острейших проблем любого современного общества – проблема аутоагрессивного поведения, в т.ч. суицидов, особенно среди подростков и молодежи. Каждый год в мире от суицида погибает практически один миллион человек. Годовой коэффициент смертности в Европе составляет 14,5 случаев на 100 000 населения, в России, несмотря на существенное снижение за последние годы, – 21,4 (по данным на 2011 г.), при этом «критический уровень» по данным ВОЗ составляет 20. Частота подростковых суицидов в РФ составляет 19–20 случаев на 100 тыс. подросткового населения, что превышает среднемировые показатели в 3 раза (7 на 100 тыс.). Этот уровень сохраняется последние 6–7 лет (Б. Положий¹).

Наличие суицидальных мыслей отмечают у себя еще большее количество подростков и молодежи. Это подтверждают результаты исследования² (с использованием опросника детской депрессии CDI М. Kovacs), проведенного на 1011-ти воспитанниках и учащихся 5–10 классов гимназий, общеобразовательных школ, детских домов и приютов г. Москвы и Московской обл. Было выявлено, что мысли о самоубийстве (без намерения его осуществления) присутствуют у 11,8 % школьников, а желание убить себя, – у 2 %. Данные о гендерных особенностях суицидального поведения подростков свидетельствуют о том, что у мальчиков психологическими предикторами суицидального поведения являются безнадежность, за-

¹ Круглый стол на тему: «Детский суицид: «черная» статистика», 10 февраля 2012 г. РИА Новости. URL: http://ria.ru/press_video/20120210/562226591.html (дата обращения: 12.09.2013).

² *Воликова С. В., Холмогорова А. Б.* Проявления эмоциональной дезадаптации у школьников из различных социальных групп. // Другое детство. Сб. научных статей / Л. Ф. Обухова, Е. Г. Юдина, И. А. Корепанова (ред.). – М. – 2009. – С. 108–118.

висимость и нарушения социально-психологической адаптации, у девочек, – разлад в семье, нарушение семейно-ролевых отношений, и, соответственно, представлений о них, ранние проблемы с поведением³. Подросткам, предпринимающим реальные суицидальные попытки, в отличие от тех, кто только размышляет о суициде, свойственны более глубокие переживания, связанные с ощущением безнадежности, изоляции и самим фактом наличия суицидальных мыслей. При этом у них нет желания обсуждения своих суицидальных мыслей⁴.

Для понимания проблемы суицидального поведения подростков следует стремиться к учету всего комплекса взаимодействующих между собой внешних и внутренних факторов.

Поскольку большая часть времени жизни современного подростка связана с образовательным учреждением, то именно система образования может стать реальной площадкой для работы по раннему выявлению и профилактике суицидального поведения учащихся. Большую помощь в решении этих задач могут оказать школьные психологические службы, осуществляющие свою деятельность в тесной взаимосвязи с представителями других организаций и ведомств.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ ШКОЛЬНОМУ ПСИХОЛОГУ О СУИЦИДАХ

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

Классификация суицидальных проявлений⁵.

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

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

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

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

³ McGee, R., Williams, S., & Nada-Raja, S. (2001). Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 281–291.

⁴ Shaffer, M.J., and J.A. Delgado. 2001. Field techniques for modeling nitrogen management. In *Nitrogen in the Environment: Sources, Problems, and Management*, ed. Follett et al., 391–411. New York, NY: Elsevier.

⁵ Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.

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

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

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

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

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

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

Типология самоубийств, основанная на целях (вид вреда):

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

Типология, основанная на категории смысла:

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

ФАКТОРЫ И СИТУАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

1. Психическое неблагополучие как факторы риска

- *Предшествующие попытки самоубийства* увеличивают риск повторного суицида. Кроме того, среди ведущих факторов риска можно назвать постоянные мысли о нанесении себе вреда и продуманные планы совершения самоубийства.
- *Депрессивное состояние*, эмоциональные, поведенческие и социальные проблемы, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройство настроения и тревожное состояние, побеги из дома, чувство безнадежности также увеличивают риск совершения попыток самоубийства. Среди подростков в возрасте 16 лет и старше злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами увеличивают риск самоубийства в период сложных жизненных обстоятельств.
- *Расстройство личности*. С диагнозом расстройство личности совершается в 10 раз больше самоубийств, чем без такого диагноза, и порядка 80 % совершивших самоубийство подросткам можно было бы поставить диагноз посттравматического стресса, или проявления симптомов насилия и агрессии. Особенно важно обращать внимание на такие характерологические особенности как импульсивность-агрессивность, негативная аффективность, депрессивность со склонностью к навязчивостям.
- В совершенных самоубийствах молодежи можно отметить более высокий процент *психических заболеваний в семье*, суицидальные идеи или суицидальное поведение в прошлом, проблемы с соблюдением дисциплины или с правоохранительными органами.

2. Семейные факторы риска (взаимоотношения в семье)

- Конфликты в семье и распад семьи: такие изменения, как развод, могут вызвать чувство беспомощности и отсутствия контроля над ситуацией.
- Суицидальные идеи и попытки самоубийства появляются чаще у тех детей и подростков, которые были жертвой жестокого обращения со стороны сверстников или взрослых.
- Симбиотические отношения между членами семьи. В таких семьях существует миф от неких особых, «глубоких» отношениях в ней. При попытках подростков установить взаимоотношения вне семьи, они воспринимаются с враждебностью, негативизмом, обесцениванием.

3. События жизни

- Крушение романтических отношений, неспособность справиться с трудностями учебной программы, насилие и иные жизненные стресс-факторы и проблемы, связанные со слабо развитыми умениями решать поставленную задачу, заниженная самооценка и попытка разобраться с собственной сексуальной идентификацией.
- Дополнительным фактором риска для подростков становится самоубийство известных людей или лиц, которых подросток знал лично. В частно-

сти, среди молодежи существует феномен самоубийства из подражания (за компанию). Хорошо разрекламированные попытки самоубийства или совершенное самоубийство могут привести к членовредительству в группе сверстников или иной схожей группе, которая, как зеркало, отражает стиль жизни или качества личности суицидального индивидуума.

Способы информирования о намерении суицида

Можно выделить четыре вида информирования о суициде:

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

Первичная экспертная оценка суицидального поведения

Каждая оценка суицидального поведения должна включать в себя:

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

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

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

- *Наличие творческих планов, тенденций, замыслов.*
- *Наличие эстетических критериев в мышлении (нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти).*

Маркеры суицидального состояния

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

Примерная шкала оценки суицидального риска (рекомендации ВОЗ)

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

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

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

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

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

В ситуации совершенного суицида/риска суицида основные направления работы психолога в ОУ заключаются в своевременном выявлении суицидаль-

ного риска (у одноклассников погибшего, друзей), превентивных мерах, кризисном вмешательстве.

I. Превентивные меры

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

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

Программы предотвращения самоубийств, действующие на базе школы, решают, с учетом степени суицидального риска, следующие задачи⁶:

1. Программы предотвращения самоубийств, рассчитанные на подростков **группы высокого риска**, направлены на снижение факторов риска (депрессия, чувство безнадежности, стресс, беспокойство и гнев) и усиления личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирования круга социальной поддержки)
2. Программы **профилактики самоубийств**, направленные на улучшение психологической адаптации, снижают вероятность развития антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшают идентификацию своего «Я». *На этапе возникновения антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и намного реже к учителям, школьным психологам. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска может помочь им оказать именно ту помощь, в которой они нуждаются, дает знания о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу/подруге обратиться к консультанту.*
3. **Просветительские** программы по проблеме самоубийств рассчитаны на общий контингент школьников, педагогов, родителей. Позволяют повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки. *Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. К сожалению, только приблизительно 25% учащихся рассказывают взрослым, если у их друга/подруги возникла идея суицида. Однако тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить эти цифры.*

Формы и методы работы по осуществлению превентивных мер

1. Профилактические мероприятия: психологическое просвещение, тренинги, семинары, групповые дискуссии, разработка антикризисного плана действий в экстремальных и чрезвычайных ситуациях в ОУ⁷.

⁶ Guo B, Harstall C. Efficacy of suicide prevention programmes for children and youth. Edmonton, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment, 2002. ReportNo. HTA 26.

⁷ Бурмистрова Е. В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006.

Индивидуальная и групповая работа с учащимися включает: планирование и проведение *тренингов в группе*, *индивидуальные консультации* с детьми с целью нормализации их психического и психофизиологического состояния, проработки позитивного будущего, формирование позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками. Этому способствует также организация *группового обсуждения* темы с использованием, например, методики «Ценить настоящее», цикла занятий «Позитивное мышление», «Работа с эмоциями», обучение саморегуляции. Пониманию и предотвращению проблемы способствуют также показ и обсуждение фильмов в школьном кино-кафе.

Совместная деятельность с классными руководителями

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

С целью оценки психоэмоционального состояния детей можно посоветовать родителям применять «Родительскую анкету для оценки травматических переживаний детей»⁸ Тарабриной Н.В.

Для родителей:

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

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

Чтобы адекватно понять суицидальное поведение, необходимо в каждом конкретном случае ответить на два вопроса: *«почему»* человек совершает или намеревается совершить суицидальное действие и *«зачем»* он хочет это сделать. Ответ на первый вопрос требует *анализа объективных условий существования* суицидента; ответ на второй вопрос должен объяснить, как *сам суицидент оценивает сложившуюся ситуацию*, как, по его мнению, эта ситуация выглядит в глазах окружающих и чего он хочет добиться в результате суицидальных угроз или реализации суицидального действия⁹.

2.1. Анализ объективных характеристик: социодемографических, биографических, культуральных данных. Наблюдение за поведением в стрессо-

⁸ Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии травматического стресса, Ч. 2, Бланки методик, – М., Изд-во «Когито – Центр», 2007., 77 стр. (Психологический инструментарий).

⁹ Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. – № 4.

вых ситуациях, эмоциональным состоянием, успеваемостью, например, с использованием карты наблюдений (КН) Д. Стотта (в адаптации Г. Л. Исуриной, 1976; В. А. Мурзенко, 1979) [16]. Методика используется для диагностики трудностей адаптации ребенка в школе, анализа характера дезадаптации и степени неприспособленности детей к школе по результатам длительного наблюдения, дает возможность получить картину эмоционального состояния ребенка, не позволяющего ему адекватно приспособиться к требованиям школьной жизни. Для анализа объективных методов объективных используются шкалы суицидального риска [16].

2.2. Анализ субъективных характеристик:

2.2.1. Опросники, направленные на выявление:

- *безнадёжности* (Hopelessness Scale, Бек А., 2006) [12];
- *депрессии* у детей и подростков (Шкала депрессии М. Kovacs; Индекс хорошего самочувствия WBI (ВОЗ);
- *одиночества* (UCL Д. Рассел, М. Фергюсон);
- *агрессии* (Басса-Дарки, Басса-Перри);
- *личностной предрасположенности* (ММПИ, ПДО А.Е. Личко, Опросник негативной аффективности - Шкала DS-14 тип Д);
- *способов преодоления кризисных ситуаций* – (COPE).

2.2.2. Проективные методы:

- Методика на выявление суицидального риска у детей – ПСН-2 [13];
- Метод незаконченных предложений, Рисуночный тест Сильвера.

II. Кризисное вмешательство при высоком риске суицида

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

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

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

- Сохранять спокойствие и предлагать поддержку.
- Не осуждать, не конфронтировать.
- Не бояться задавать вопросы о суицидальных намерениях.
- Признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как «нормальный» вариант.

- Поощрять полную откровенность.
- Больше слушать, чем говорить.
- Сконцентрировать процесс консультирования на «здесь и теперь».
- Избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует.
- Обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред.
- Определять, справляется ли ребенок со своими чувствами, не оказывают ли они влияние на его повседневные занятия.
- Получать сведения от родителей, учителей, родственников и друзей об изменениях в поведении, их продолжительности, актуальной ситуации и возможных провоцирующих событиях.
- Выявлять и актуализировать антисуицидальные факторы.
- Изучать наличие и качество поддержки семьи и сверстников.
- Доверительно побеседовать с преподавателями, родителями и другими специалистами (школьный учитель или психолог), дать им понять, что ребенку требуется общение, заинтересованность, поддержка и понимание.
- Если симптомы сохраняются, в особенности, если они угрожают здоровью или мешают повседневной жизни ребенка, психолог должен донести до родителя необходимость консультации детского психиатра.

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

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

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

На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классным руководителем, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по выявлению группы риска и оказанию экстренной психологической помощи. Психолог или администрация ОУ могут самостоятельно инициировать обращение за помощью в иные организации, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, правовую и иные виды помощи (например, в антикризисные подразделения ЦППМС, Центр экстренной психологической помощи МГППУ). В случае поступления запроса специалистам ЦППМС, ЦЭПП МГППУ психологи Центров также, в первую очередь, взаимодействуют с администрацией ОУ, далее осуществляют взаимодействие со всей системой ОУ, устанавливают контакт, собирают предварительную информацию о ситуации, о состоянии учащихся, о группах, задействованных в данной ситуации (дети, родители, учителя), о предпринятых мерах, уточняют запрос, определяют совместно с администрацией и психологом ОУ антикризисный план действий с каждой группой, осуществляют психологическое сопровождение субъектов образовательной среды в кризисной ситуации. При проведении следственных мероприя-

ятий на территории ОУ необходимо психологическое сопровождение участников образовательной среды, задействованных в этих мероприятиях.

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

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

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

2. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи

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

Возможные реакции на суицид:

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

2.1. Встреча с классом, в котором произошел суицид

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

Групповая форма работы:

Беседа с детьми позволяет:

- Оценить наличие явной или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в кризисном состоянии, так и его окружения.
- Упорядочить информацию, выстроить последовательность событий (абсолютный хаос в порядок).

- Групповое обсуждение травматического события позволяет учащимся лучше понять произошедшее, понять погибшего (его проблемы, «пусковые» факторы, послужившие последней каплей, глубину отчаяния, его чувства), отреагировать свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, вернуть чувство самообладания, утраченное равновесие. На равновесие влияют несколько взаимодополняющих факторов: реалистическое восприятие события; наличие адекватной поддержки (социальных ресурсов); адекватный способ разрешения проблемы. Следует не избегать травматического опыта, а находить ресурс для преодоления и дальнейшего развития (стали взрослее, ответственнее).
- Информировать учащихся об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия (рассказать, для чего они существуют, как работают, оставить их номера телефонов).

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

Индивидуальная форма работы:

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

Таблица 1.

Этапы беседы	Главные задачи этапа	Используемые приемы
Начальный этап	Установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства»	«Сопереживание», «Эмпатийное выслушивание»
Второй этап	Установление последовательности событий, которые привели к кризисной ситуации; снятие ощущения безвыходности ситуации	«Преодоление исключительности ситуации», «Поддержка успехами и достижениями», «Структурирование беседы», «Постоянное внимание к содержанию», «Определение конфликта»
Третий этап	Совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации	«Интерпретация», «Планирование», «Удержание паузы», «Фокусирование на ситуации»
Заключительный этап	Окончательное формулирование плана деятельности; активная психологическая поддержка	«Логическая аргументация», «Рациональное внушение уверенности»

В целях оценки травматических переживаний детей при проведении индивидуальной беседы (с 8-го класса), возможно применение полуструктурированного интервью Фатхи О. «Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве»¹⁰. Непосредственное общение между психологом и ребенком во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия.

Для учащихся средней школы можно применить проективный тест «Несуществующее животное»¹¹. Для учащихся начальных классов, - диагностическую методику Бетенски Мала «Что ты видишь?»¹².

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

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

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

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

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

Выделяют **четыре типа постсуицидальных состояний**¹³:

1) Критический:

- а) Конфликт утратил свою актуальность. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность», привело к «обрывающему» эффекту.
- б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет.
- в) Отношение к совершенной попытке негативное - чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жерт-

¹⁰ Матафонова, Т. Ю., Пелешенко, М. А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве / Т. Ю. Матафонова, М. А. Пелешенко // Методическое руководство. Ч. 2, 2006.

¹¹ Матафонова Т. Ю., Пелешенко М. А. Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве / Методическое руководство, часть 2, 2006.

¹² Бетенски Мала «Что ты видишь?»/ Арттерапия. «Эксмо – пресс», 2002.

¹³ Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980 – 55 стр.

вы и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации.

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

2) Манипулятивный:

- а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий подростка на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону.
- б) Суицидальных тенденций нет.
- в) Отношение к совершенной попытке рентабельное — легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом, однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. *При втором типе постсуицидальных состояний вероятность повторных суицидов в конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.*

3) Аналитический:

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

4) Суицидально-фиксированный:

- а) Конфликт актуален.
- б) Суицидальные тенденции сохраняются (в явном виде или диссимулируются).
- в) Отношение к суициду — положительное.

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

Особенности беседы после совершенного суицида

Одна из частых ошибок психолога, контактирующего первый раз с подростком, совершившим покушение, является тактика интервью, в соответствии с которой разговор о суициде переносится на конец беседы. Это связано

с представлением о том, что выяснение вопросов, связанных с самоубийством, может ухудшить контакт с подростком.

Психологическое консультирование родителей направлено на:

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

Взаимодействие с классным руководителем, другими педагогами

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

Психолог ОУ:

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

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

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

3. Заключительный этап

- 3.1. Психологу необходимо установить согласованный «срок завершения» данной работы: то есть, когда основные проблемы, связанные с событием, решены и начинается обычная школьная жизнь.
- 3.2. Если в СМИ, по телевидению, в Интернете продолжаются выступления по этому поводу, информировать учащихся школы об имеющихся манипулятивных действиях (если этот факт имеет место), о том, насколько данная информация может быть искажена, кому она может быть выгодна, как к ней относиться.
- 3.3. Провести с педагогическим составом занятия по минимизации стрессового воздействия: тренинги по саморегуляции.
- 3.4. Отслеживать психоэмоциональное состояние детей в целях профилактики расстройств эмоционального спектра.
- 3.5. С целью выявления отставленных реакций у детей и подростков необходимо проведение психодиагностических мероприятий с использованием полуструктурированного интервью «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» Тарабриной Н.В., Шкалу депрессии для детей и подростков М. Kovacs.

ИНФРАСТРУКТУРА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СТОЛИЧНОМ РЕГИОНЕ

Подразделения, оказывающие экстренную и кризисную медико-психологическую помощь несовершеннолетним и их семьям в Москве:

- Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков (с 3-х до 15-ти лет). Адрес: 119334, г. Москва, 5-й Донской пр-д., д. 21А, тел. справочной службы: 8 (495) 952-49-20.
- Кризисный центр при больнице №20 (с 15-ти лет), тел.: 8 (495) 471-11-38 (с 9.00 до 14.00 кроме сб., вскр.), госпитализация тел.: 8 (495) 471-21-63.
- Отделение суицидологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России, тел.: 8 (495) 963-75-72 (консультации с возможной госпитализацией).
- Городская клиническая психиатрическая больница № 15, Медико-педагогический лечебно-реабилитационный центр по подростковой психиатрии для детей 15–18 лет. Психоневрологическая, консультативная, лечебно-реабилитационная и медико-педагогическая помощь, тел.:
8 (495) 324-54-89 – справочная;
8 (495) 324-54-59 – приемное отделение;
8 (495) 324-41-05 – клиничко-диагностическое лечебно-реабилитационное отделение.
- Московская служба психологической помощи населению (отделения по всем округам г. Москвы), тел.: 8 (499) 173-09-09 - запись на прием.
- Экстренная медико-психологическая помощь при психоневрологическом диспансере № 14, тел.: 8 (499) 791-20-50 (амбулаторное лечение, консультации, стационар (в т.ч. для несовершеннолетних) – только жители ЦАО).

Дистанционная помощь (Телефоны доверия, Интернет консультирование) для несовершеннолетних и их семей:

- Телефон горячей линии Центра экстренной психологической помощи МЧС России 8 (459) 626-37-07 (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Интернет служба экстренной психологической помощи МЧС России URL: <http://www.psi.mchs.gov.ru/> (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Телефон отдела неотложной психиатрии и помощи при чрезвычайных ситуациях в ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского» 8 (495) 637-70-70 (круглосуточно, бесплатно).
- Всероссийский детский телефон доверия 8 (800) 200-01-22 (звонок из любого региона РФ бесплатный, абонент попадает в службу своего региона, круглосуточно, анонимно).
- Телефон неотложной психологической помощи Московской службы психологической помощи населению 051 – звонок возможен только со стационарного телефона города Москвы, не мобильного, (круглосуточно, анонимно, бесплатно).
- Детский телефон доверия Центра экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» 8 (495) 624-60-01.

Подразделения окружных Центров психолого-педагогической медико-социальной помощи Департамента образования города Москвы, оказывающие экстренную и кризисную психологическую помощь несовершеннолетним:

- Центр диагностики и консультирования «Участие» (СВАО). Адрес: ул. Ленская, д.4., тел.: 8 (495) 471-02-81.
- Центр психолого-медико-социального сопровождения «Взаимодействие» (ЮАО). Адрес: Каширский проезд, д.7, тел.: 8 (499) 794-29-58.
- Центр психолого-медико-социального сопровождения «Живые потоки». Адрес: Осенний б-р, д.16, к. 6, тел.: 8 (495) 413-05-35, 8 (495) 413-11-15.
- Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Крестьянская застава» (ЮВАО). Адрес: ул. Люблинская, д. 27/2, тел.: 8 (499) 178-45-01 (запись на прием).
- Центр психолого-медико-социального сопровождения «Доверие» (САО). Адрес: ул. Красноармейская, д. 12, тел.: 8 (495) 612-80-30.
- Центр психолого-медико-социального сопровождения «Северо-Запад» (СЗАО). Адрес отделения: ул. Б. Набережная, д. 13, тел.: 8 (495) 491-44-62.
- Центр психолого-медико-социального сопровождения «Бутово». Адрес: ул. Адмирала Лазарева, д. 68, к. 3, тел.: 8 (495) 714-76-18.

Иные организации:

- Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» (выезд в образовательные учреждения для профилактики суицидального поведения, после завершённых суицидов/попыток суицидов (по запросу образовательного учреждения), психологическое консультирование детей и подростков (с родителями). Адрес: 119146, г. Москва, Шелепихинская наб., д.2А, тел.: 8 (499) 795-15-01, 8 (499) 795-15-07.
- Центр «Перекресток» ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» (работа с «трудными» подростками 10-18 лет, индивидуальные и семейные консультации, мастерские, родительский клуб). Адрес: 119146, г. Москва, Фрунзенская наб., д.36/2, тел.: 8 (495) 609-17-72.
- Государственное учреждение «Социально-реабилитационный Центр для несовершеннолетних «Красносельский» Центрального административного округа города Москвы (срочная социальная, психологическая, юридическая помощь несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации, профилактика безнадзорности и беспризорности), 8 (499) 975-27-50 (круглосуточно, бесплатно).
- Линия помощи «Дети онлайн» (служба телефонного и онлайн-консультирования для детей и взрослых по проблемам безопасного использования детьми и подростками интернета и мобильной связи) 8 (800) 250-00-15 (бесплатно, с 11.00 до 18.00, по рабочим дням).
- Городской Центр профилактики безнадзорности, преступности, алкоголизма, наркомании и СПИДа среди несовершеннолетних «Дети улиц». Адрес: 119034, Левшинский пер.,1/32, стр.3, тел.: 8 (495) 637-76-91, 8 (495) 637-50-14.
- Информационно-консультативная служба по проблемам алкоголизма, наркомании и игровой зависимости (группы взаимопомощи). Адрес: ул. Шверника, д. 10А, тел.: 8 (499) 126-04-51.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А.* Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.
2. *Амбрумова А. Г.* Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. – № 4.
3. *Бетенски М.* Что ты видишь? Новые методы в арт-терапии. – М.: Эксмо-пресс, 2002.
4. *Бурмистрова Е. В.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. – М.: МГППУ, 2006.
5. *Войцех В. Ф.* Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, – 2008.
6. *Воликова С. В., Холмогорова А. Б.* Проявления эмоциональной дезадаптации у школьников из различных социальных групп // Другое детство. Сборник научных статей / Ред. Л. Ф. Обухова, Е. Г. Юдина, И. А. Корепанова. – М., 2009. – С. 108–118.
7. *Вроно Е. М.* Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков / Е. М. Вроно. – М.: Академический проект, 2001.
8. *Вроно Е. М., Ратинова Н. А.* О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков / Е. М. Вроно, Н. А. Ратинова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. Стр. 38–46.
9. Всемирная организация здравоохранения. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. – Женева, 2006. 30 С.
10. *Ефремов В. С.* Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 30 С.
11. *Зинкевич-Евстигнеева Т. Д.* Практикум по сказкотерапии. – СПб.: ООО Речь, – 2000. – 310 С.
12. Когнитивная терапия: полное руководство / Пер. с англ. – М.: ООО «ИД Вильямс», 2006. – 400 с.
13. *Костюкевич В. П., Биркин А. А., Войцех В. П., Кучер А. А.* Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога / В. П. Костюкевич, А. А. Биркин, В. П. Войцех, А. А. Кучер. – М., 2003.
14. *Матафонова Т. Ю., Пелешенко М. А.* Диагностика и коррекция детей и подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве // Методическое руководство. – Ч. 2. – 2006.
15. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) Том 2. Популяционные группы и профилактика суицида. Перевод на русский язык выполнен в Московском НИИ Психиатрии под редакцией проф. В.Н. Краснова. – М., 2010.
16. *Прихожан А. М. Толстых Н. Н.* Психология сиротства. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2005. – 400 с. URL: <http://psychlib.ru/mgpppu/PPs-2005/PPs-400.htm> (дата обращения: 26.06.2013).

17. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когито- Центр, 2005.
18. *Тарабрина Н. В.* Практическое руководство по психологии травматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. – М.: Когито-Центр, 2007. (Психологический инструментарий).
19. *Diekstra R. F., Garnefski N.* On the nature, magnitude, and casuality of suicidal behaviours: an international perspective. *Suicide and life threatening behavior*. 1995, 25:36–57.
20. *Guo B., Harstall C.* Efficacy of suicide prevention programmes for children and youth. Edmonton, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment, 2002. ReportNo. HTA 26.
21. *McGee R., Williams S., Nada-Raja S.* Low self-esteem and hopelessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 2001. 281–291.
22. *Platt S., et al.* Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992, 85:97-104.
23. *Shaffer M. J., Delgado J. A.* Field techniques for modeling nitrogen management. In *Nitrogen in the Environment: Sources, Problems, and Management*, ed. Follett et al., 391–411. New York, NY: Elsevier, 2001.

Приложение 1

Рекомендованные методики для выявления антивитальных переживаний

1. Опросник на выявление депрессии у детей и подростков CDI. (Children's depression inventory, M. Kovacs, 1992)

Разработанный Maria Kovacs (1992) и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии, позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения. Тест представляет собой самооценочную шкалу из 27 пунктов для детей и подростков от 7 до 17 лет. Выбери в каждом пункте одно высказывание, которое лучше всего описывает твоё самочувствие в течение последних двух недель, включая сегодняшний день. Обведи кружком номер выбранного тобой высказывания. Если в одном пункте тебе одинаково подходят несколько высказываний, помести в кружок высказывание с наибольшим номером.

1			A
	Я бываю грустным только иногда	0	
	Я часто бываю грустный	1	
	Мне всегда грустно	2	
2			E
	У меня никогда ничего не получается	2	
	Я редко бываю уверен, что у меня что-нибудь получится	1	
	У меня все получается хорошо	0	
3			C
	Я практически все делаю хорошо	0	
	Я много делю не так	1	
	Я все делаю неправильно	2	
4			D
	Многое приносит мне удовольствие	0	
	Кое-что доставляет мне радость	1	
	Меня ничего не радует	2	
5			B
	Я плохой всегда	2	
	Я часто бываю плохим	1	
	Я редко бываю плохим	0	
6			A
	Я редко думаю о том, что со мной может случиться плохое	0	
	Я беспокоюсь о том, что со мной может случиться что-то плохое.	1	
	Я уверен, что со мной произойдет что-нибудь ужасное	2	

7			Е
	Я ненавижу себя	2	
	Я не люблю себя	1	
	Я себе нравлюсь	0	
8			А
	Все плохое происходит в результате моих ошибок	2	
	Многое плохое происходит в результате моих ошибок	1	
	Плохое, как правило, происходит не по моей вине	0	
9			Е
	Я не думаю о том, чтобы покончить с собой	0	
	Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его	1	
	Я хочу убить себя	2	
10			А
	Я плачу каждый день	2	
	Я часто плачу	1	
	Я плачу редко	0	
11			А
	Я все время испытываю беспокойство	2	
	Я часто испытываю беспокойство	1	
	Я редко испытываю беспокойство	0	
12			В
	Мне нравится быть с людьми	0	
	Мне не нравится быть с людьми	1	
	Мне совсем не хочется быть с людьми	2	
13			А
	Я не могу решиться на многое	2	
	Мне трудно на многое решиться	1	
	Я легко принимаю решения	0	
14			Е
	Я выгляжу хорошо	0	
	Кое-что в моем облике меня не устраивает	1	
	Я выгляжу уродливо	2	
15			С
	Мне все время приходится заставлять себя выполнять школьные задания	2	
	Мне часто приходится себя заставлять выполнять школьные задания	1	
	Выполнение школьных заданий для меня не большая проблема	0	
16			Д
	Я плохо сплю каждую ночь	2	
	Я часто сплю плохо	1	
	Я сплю очень хорошо	0	

17			Д
	Я редко устаю	0	
	Я часто устаю	1	
	Я все время чувствую себя усталым	2	
18			Д
	В большинстве случаев не хочу есть	2	
	Я часто не хочу есть	1	
	Я ем очень хорошо	0	
19			Д
	Меня не беспокоят боли	0	
	Меня часто беспокоят боли	1	
	Меня все время беспокоят боли	2	
20			Д
	Я не чувствую себя одиноким	0	
	Я часто чувствую себя одиноким	1	
	Я всегда чувствую себя одиноким	2	
21			Д
	Школа никогда не приносит мне удовольствие	2	
	Иногда школа мне приносит удовольствие	1	
	Школа часто радует меня	0	
22			Д
	У меня много друзей	0	
	У меня есть друзья, но мне хотелось бы иметь их больше	1	
	У меня нет друзей	2	
23			В
	С моей учебной работой все в порядке	0	
	Я учусь не так хорошо, как прежде	1	
	Сейчас у меня плохие отметки по тем предметам, которые раньше шли хорошо.	2	
24			С
	Я никогда не стану таким хорошим, как другие ребята	2	
	Если захочу я смогу стать таким хорошим, как другие	1	
	Я такой же хороший как другие ребята	0	
25			Е
	Меня никто по настоящему не любит	2	
	Я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит	1	
	Я уверен в том, что меня любят	0	
26			В
	Обычно я делаю то, что мне сказали	0	
	Как правило, я не делаю того, что мне говорят	1	
	Я никогда не делаю того, что меня просят сделать	2	

27			В
	Я чувствую себя одиноким с людьми	2	
	Я часто радуюсь	1	
	Я все время радуюсь	0	

Обработка и интерпретация результатов.

Шкала А – общее снижение настроения негативная оценка собственной эффективности в целом. Постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности.

Шкала В – индификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание.

Шкала С – высокий уровень убеждения неэффективности в школе.

Шкала Д – высокий уровень истощаемости, наличие чувства базы одиночества

Шкала Е – негативная оценка собственной неэффективности, наличие суицидальных мыслей.

Чтобы узнать общий суммарный показатель все шкалы складываются

Шкала А (негативное настроение) – п.п. 1 6 8 10 11 13

Шкала В (межличностные проблемы) – п.п. 5 12 26 27

Шкала С (неэффективность) – п.п. 3 15 23 24

Шкала D (ангедония) – п.п. 4 16 17 18 19 20 21 22

Шкала Е (негативная самооценка) – п.п. 2 7 9 14 25

Подсчет общего показателя: Эта сумма баллов, выбранных ребенком вариантов ответов по всем пунктам теста. По каждой шкале теста также подсчитывается балл.

Затем с помощью специальной таблицы последующие показатели конвертируются в Т – показатели, для этого нужно знать возраст и пол ребенка (см. таблицу)

Таблица 1 Интерпретация Т – показателя CDI.

Суммарный показатель	Интерпретация
Свыше 70	Очень значительно превышает средний
66-70	Значительно выше среднего
61-65	Выше среднего
56-60	Чуть выше среднего
45-55	Средний
40-44	Чуть ниже среднего
35-39	Ниже среднего
30-34	Много ниже среднего
Ниже 30	Значительно ниже среднего

2. Шкала безнадёжности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

для оценки восприятия настоящего прошлого и будущего.

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем
10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация	
•	Максимальный счёт – 20 баллов
•	0-3 балла – безнадежность не выявлена;
•	4-8 баллов – безнадежность лёгкая;
•	9-14 баллов – безнадежность умеренная;
•	15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

3. Шкала одиночества (UCLA – версия 3)

Д. Рассел. М. Фергюсон - для оценки выраженности одиночества.

Пожалуйста, укажите, как часто вы испытываете состояние, описанное в каждом нижеследующем пункте. Для этого обведите кружком балл для каждого пункта. Постарайтесь отвечать как можно более искренне.

	Утверждение	Никогда	Редко	Иногда	Часто
1	Как часто Вы чувствуете себя «на одной волне» с окружающими людьми?	0	1	2	3
2	Как часто Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	0	1	2	3
3	Как часто Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	0	1	2	3
4	Как часто Вы чувствуете себя одиноким?	0	1	2	3
5	Как часто Вы чувствуете себя частью группы друзей?	0	1	2	3
6	Как часто Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	0	1	2	3
7	Как часто Вы чувствуете, что Вы больше не испытываете близости к кому-либо?	0	1	2	3
8	Как часто Вы чувствуете, что окружающие Вас люди не разделяют Ваших интересов и идей?	0	1	2	3
9	Как часто Вы чувствуете себя открытым для общения и дружелюбным?	0	1	2	3
10	Как часто Вы чувствуете близость, единение с другими людьми?	0	1	2	3
11	Как часто Вы чувствуете себя покинутым?	0	1	2	3
12	Как часто Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?	0	1	2	3
13	Как часто Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	0	1	2	3
14	Как часто Вы чувствуете себя изолированным от других?	0	1	2	3
15	Как часто Вы чувствуете, что можете найти себе компанию, если Вы этого захотите?	0	1	2	3
16	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	0	1	2	3
17	Как часто Вы чувствуете стеснительность?	0	1	2	3
18	Как часто Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	0	1	2	3
19	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	0	1	2	3
20	Как часто Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	0	1	2	3

Обработка и интерпретация результатов. Подсчитывается общий индекс одиночества как сумма ответов на все вопросы (прямые + обратные). Максимально возможный показатель одиночества — 63 балла. *Высокая степень одиночества* от 43 до 63; *средний уровень одиночества* от 23 до 43; *низкий уровень одиночества* — от 5 до 23 баллов. «**Ключ**»

Обратные вопросы 1, 5, 6,10,15,16,19, 21. Прямые вопросы: 2-4, 7, 8, 9, 11-13, 14,17,18, 20.

4. Опросник суицидального риска (ОСР) Шмелева А.Г. (модификация Разуваевой Т.Н.).

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Работать Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка и интерпретация результатов. Баллы подсчитываются отдельно по каждому фактору. Ответу «да» соответствует 1 балл. Количество утверждений по каждому из факторов принимается за 100. Количество баллов переводится в проценты. По процентному соотношению определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица №1

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3
Максимализм	4, 16	3, 2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. Демонстративность (Д). Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти слишком далеко. К этой субшкале относятся *пункты № 12, 14, 20, 22, 27* опросника.

2. Аффективность (А). Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта. *Пункты № 1, 10, 20, 23, 28, 29.*

3. Уникальность (У). Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт. *Пункты № 1, 12, 14, 22, 27.*

4. Несостоятельность (Н). Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужно-

сти, «выключенности» из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - «Я плох». *Пункты № 2, 3, 6, 7, 17.*

5. Социальный пессимизм (СП). Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем казуальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога «Вы все недостойны меня». *Пункты № 5, 11, 13, 15, 17, 22, 25*

6. Слом культурных барьеров (СКБ). Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». *Пункты № 8, 9, 18.*

7. Максимализм (М). Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах. *Пункты № 4, 16.*

8. Временная перспектива (ВП). Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем. *Пункты № 2, 3, 12, 24, 25, 27.*

Антисуицидальный фактор (АФ). Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы. *Пункты № 19, 21.*

5. Метод незаконченных предложений

1. Когда я вижу собаку
2. Когда идет дождь.....
3. Мое настроение.....
4. Я боюсь.....
5. По ночам.....
6. Когда я был маленьким.....
7. Все люди.....
8. Когда я один.....
9. Когда я стану взрослым
10. Я не люблю.....
11. Мое здоровье.....
12. У меня нет.....
13. Если бы.....

**Фильмы о самоубийствах и кризисных состояниях
у детей и подростков**

Название фильмов	Краткая аннотация	Рекомендации
<p>«Это очень забавная история» Год выпуска: 2010 Страна: США Жанр: драма, комедия</p>	<p>Описание: 16-летний Крэйг переживает кризис подросткового возраста и пытается найти помощь в клинике для душевнобольных. Там он случайно попадает в отделение для взрослых, а один из пациентов Бобби вскоре становится наставником Крэйга и одновременно - его протеже. Юноша также проникается симпатией к одной из пациенток - своей ровеснице Ноэльль. Всего за пять дней Крэйгу предстоит очень многое узнать о жизни, дружбе, любви и о тех трудностях, с которыми сопряжена пора взросления.</p>	<p>Рекомендуется для просмотра со старшими школьниками с последующим его обсуждением.</p>
<p>«Контроль» Режиссер: А. Корбайн.</p>	<p>Автобиографический фильм о нескольких последних годах его жизни Йене (Яне) Кертисе, завершившихся трагическим самоубийством в 1980 году. О борьбе между его неумирающей любовью к жене и его бурно развивающимися отношениями с подружкой, о его изматывающих приступах эпилепсии, невероятном таланте и всепоглощающих выступлениях на сцене.</p>	<p>Возможен для просмотра старшими подростками с последующим его обсуждением.</p>
<p>«Кровь пеликана» Год выпуска: 2010г. Жанр: драма</p>	<p>История Никко, забавного, но совершенно не от мира сего молодого человека, живущего в Лондоне. После разрыва со своей девушкой, Стиви, он полностью уходит в свое хобби - наблюдение за птицами. Как только жизнь приходит в норму, Стиви вновь появляется на горизонте, становясь причиной конфликтов между Никко и его приятелями, которые предупреждают, что она разрушит жизнь Никко. Друзья знают, что Никко и Стиви познакомились на сайте самоубийц, собираясь «сделать это вместе». Чем дольше продолжается их связь, тем больше отношения между Стиви, Никко, его друзьями и его хобби погружаются в непредсказуемый хаос.....</p>	<p>Возможен для просмотра старшими подростками с последующим его обсуждением.</p>
<p>«Девственницы самоубийцы» Страна: США Жанр: Драма, Мелодрама, Детектив Год выпуска: 1999</p>	<p>В семье Лисабон пять дочерей-подростков. После того, как 13-летняя Сесилия кончает жизнь самоубийством, ее оставшиеся в живых сестры становятся объектом пристального внимания всех жителей городка, особенно соседских парней, устривающих за девочками настоящую слежку. Желая оградить дочерей от окружающих, родители постепенно прекращают всяческое общение с внешним миром и запрещают дочерям выходить из дома.</p>	<p>Возможен для просмотра старшими подростками с последующим его обсуждением.</p>

<p>«Зал самоубийц» Страна: Польша Жанр: драма Год выпуска: 2011</p>	<p>Главный герой - впечатлительный восемнадцатилетний парень, которого ждет экзамен на аттестат зрелости. У него вечно занятые родители, в материальном отношении обеспечивающие его всем. Столкнувшись с невезением и унижением, не имея ни в ком поддержки, он ищет спасение в сети Интернет. В сети он знакомится с таинственной незнакомкой, которая втягивает его в опасную игру...</p>	<p>Возможен для просмотра старшими подростками с последующим его обсуждением.</p>
<p>«Тонкая нить» Страна: США Жанр: Детектив, Драма Год выпуска: 1965</p>	<p>Описание: «Тонкая нить» – экранизация реальной истории, описанной в журнале Life. Студент Алан Ньюэл работает в Сизтле в городской службе психологической помощи по телефону. Однажды, когда его начальник профессиональный психолог на время уходит, ему звонит Инге Дайсон, которая сообщает, что приняла смертельную дозу снотворного, потому что больше не может выносить атмосферу, сложившуюся в семье. В задачу студента входит поддерживать с ней разговор достаточно долгое время, чтобы полиция смогла отследить, где находится умирающая. Решившую покончить с собой женщину и студента связывает тонкая нить, которая может оборваться в любую минуту... «Тонкая нить» — это сильнейший накал эмоций, который создается за счет того, что главные герои ни разу не видят, а только слышат голоса друг друга.</p>	<p>Для просмотра специалистами, работающими в сфере оказания кризисной психологической помощи.</p>

СОДЕРЖАНИЕ

Что нужно знать школьному психологу о суицидах.....	4
Факторы и ситуации суицидального риска	6
Организация деятельности в образовательном учреждении в ситуации совершенного суицида/риска суицида несовершеннолетнего	9
Инфраструктура медико-психологической помощи в столичном регионе	20
Литература	22
Приложение 1. Рекомендованные методики для выявления антивитальных переживаний.....	24
Приложение 2. Фильмы о самоубийствах и кризисных состояниях у детей и подростков.....	36

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Банников Г. С., Вихристюк О. В., Миллер Л. В., Сеницына Т. Ю.
Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних

Отпечатано в Отделе оперативной полиграфии ГБОУ ВПО МГППУ

Подписано в печать 17.09.2013.
Формат: 60x88/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 1,8. Уч.-изд. л. 2,5.
Тираж 150 экз.