

Памятка педагогам-психологам

Алгоритм действий психолога-педагога по выявлению суицидальных проявлений

1. Презентация возможностей социально-психологической службы

Далеко не все обучающиеся школ имеют представление о специфике работы социально-психолого-педагогической службы. Вот почему педагого-психологу в первую очередь необходимо провести организационные встречи с обучающимися всех классов, на которых важно рассказать о том, что такая служба существует в школе, о месте ее расположения, контактных телефонах, о том, чем и как может помочь психолог в сложной ситуации. Похожие встречи рекомендуется проводить и с классными руководителями. Важно наладить тесное взаимодействие с классными руководителями 5-11 классов, которые должны владеть ключевыми вопросами профилактики суицидального риска, уметь своевременно диагностировать суицидальные проявления с помощью наблюдения за поведением обучающихся. Эффективность наблюдения значительно возрастает, если оно ведется систематически и целенаправленно.

2. Выявление «группы риска» и наблюдение за ее представителями

Психолог должен знать, что в **группу суицидального риска** входят:

- представители подросткового и юношеского возраста;
- индивиды с нарушением межличностных отношений;
- испытывающие чувство одиночества;
- злоупотребляющие алкоголем или наркотиками;
- отличающиеся девиантным или криминальным поведением;
- сверхкритичные к себе;
- страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;
- фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;
- страдающие от болезней или покинутые окружением.

Организовать наблюдение поможет **схема индикаторов суицидального риска** (особенностей сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний человека, которые увеличивают степень риска суицидального поведения):

1. Ситуационные индикаторы:

- конфликты с родителями,
- конфликты с педагогами, администрацией школы;
- конфликты в области дружеских отношений;
- потеря (смерть, расставание) близкого человека;
- вынужденная социальная изоляция (смена места жительства);
- насилие;

- нежелательная беременность;
- «потеря лица» (позор, унижения в группе).

2. Поведенческие индикаторы:

- злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
- эскейп-реакции (уход из дома);
- резкое снижение повседневной активности;
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- неприязненное или безразличное отношение к окружающим, ненависть к благополучию окружающих;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи;
- отказ от совместных дел;
- излишний риск в поступках;
- снижение или повышение аппетита;
- признаки постоянной усталости;
- посещение кладбищ;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- «приведение дел в порядок».

3. Коммуникативные сигналы:

- усиление жалоб на физическое недомогание;
- жалобы на недостаток сна или повышенная сонливость;
- замедленная речь, тихий монотонный голос, краткость или отсутствие ответов;
- ускоренная экспрессивная речь;
- патетические интонации, причитания, склонность к нытью;
- предпочтение тем разговора и чтения, связанных со смертью, самоубийствами, загробной жизнью;
- прямые сообщения о суицидальных намерениях («хочу умереть», «ненавижу жизнь», «я покончу с собой»);
- косвенные сообщения о суицидальных намерениях («скоро все это закончится», «они пожалеют о том, что они мне сделали», «не могу этого вынести», «никому я не нужен», «это выше моих сил»);
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, бессмысленности жизни.

4. Когнитивные индикаторы:

- так называемая негативная триада, характерная для депрессивных состояний - негативные оценки своей личности, окружающего мира, будущего (собственная личность предстает как ничтожная, не имеющая права жить; мир расценивается как место потерь и разочарований; будущее мыслится как бесперспективное, безнадежное);
- «туннельное видение» - неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы.

5. Эмоциональные индикаторы:

- депрессивное настроение (безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние);

- склонность к быстрой перемене настроения;
- скука, грусть, уныние, угнетенность, мрачная угрюмость;
- злобность, раздражительность, ворчливость, враждебность;
- тревога, ожидание непоправимой беды, страх;
- тоска как постоянный фон настроения, взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности;
- углубление мрачного настроения при радостных событиях.

Признаки высокой вероятности суицида:

- открытые высказывания о желании покончить жизнь самоубийством (в адрес знакомых, в письмах родственникам, любимым);
- косвенные «намёки» на возможность суицидальных действий (например, появление в кругу друзей с петлей на шее из брючного ремня, веревки, телефонного провода, «игра», имитирующая самоубийство);
- активная предварительная подготовка, целенаправленный поиск средств (собираание таблеток, хранение отравляющих веществ, жидкостей и т.п.);
- фиксация на примерах самоубийств (частые разговоры о самоубийствах вообще);
- символическое прощание с ближайшим окружением (приведение всех дел в порядок, раздача в дар ценного имущества);
- разговоры о собственных похоронах; составление записки об уходе из жизни.

3. *Проведение психодиагностических процедур*

4. *Основные принципы работы с суицидентом*

Психопрофилактическая и психокоррекционная работа с суицидентами имеет несколько особенностей, которые обусловлены самой природой суицидального поведения и заключаются в следующем:

1. Экстренный характер помощи, связанный, во-первых, с наличием жизненно важной для суицидента проблемы, требующей неотложного активного вмешательства консультанта в ситуацию, и, во-вторых, - с выраженной потребностью суицидента в эмпатийной поддержке и на первых порах - руководстве его поведением.

2. Нацеленность на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний и способствующих рецидиву суицидоопасного кризиса.

3. Поиск и тренинг неопробованных суицидентом способов разрешения актуального межличностного (или внутриличностного) конфликта, которые повышают уровень социально-психологической адаптации, обеспечивают рост личности и выносливость индивида к будущим кризисам.

Для предотвращения попытки самоубийства так важно вовремя установить с попавшим в беду человеком контакт, вступить с ним в дружеское общение.

Методика проведения профилактической беседы

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Следует принять во внимание следующее:

- в беседе с любым человеком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточное внимание активному выслушиванию;

- активный слушатель - это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным;

- активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые испытывает его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя;

- активный слушатель поможет тому, чтобы высказывания его собеседника о желании умереть наверняка были услышаны.

Важно подчеркнуть, что беседа с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, - дело чрезвычайно тонкое, специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но порой обстоятельства складываются так, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Как показывает опыт работы с суицидентами, для того, чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов.

Приглашение на беседу

Ни в коем случае нельзя вызывать к себе человека на беседу через третьих лиц. Приглашение необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

Место беседы

Можно, конечно, провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее не в столь «формальном» месте. Главное - отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не длился.

Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не смотрите на часы и тем более не выполняйте каких-либо «попутных» дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Стремясь оказать человеку первичную психологическую помощь

важно соблюдать следующие правила:

- будьте уверены, что вы в состоянии помочь;
- набирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
- будьте терпеливы;
- не старайтесь шокировать или угрожать человеку, говоря «Пойди и сделай это»;
- не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому, что ...»;
- не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не можете убить себя, потому что ...»;
- делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

Рекомендации по проведению беседы:

- разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе;
- уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;
- пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;
- говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства;
- произносить только позитивно-конструктивные фразы («мгновенный рефрейминг»).

Профилактическая беседа должна включать в себя следующие этапы:

Начальный этап - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений «сопереживающего партнерства».

Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то и не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Второй этап - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности.

Имеет смысл применить следующие приемы:

- преодоление исключительности ситуации;
- поддержка успехами" и др.

Третий этап - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются:

- «планирование», т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков;
- «держание паузы» - целенаправленное молчание, чтобы дать ему

возможность проявить инициативу;

Завершающий этап - окончательное формулирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента.

Целесообразно использовать следующие приемы:

- «логическая аргументация»;
- «рациональное внушение уверенности».

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно и с сопровождающим направить к врачу психиатру в ближайшее лечебное учреждение.

Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем:

- тяжелое эмоциональное состояние - явление временное;
- его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом;
- он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т.д.

5. Когда клиента необходимо направить к психиатру

Задачей психолога является активное выявление пресуицидентов и скорейшая передача их под наблюдение психиатра, если:

- была совершена попытка суицида;
- отмечаются симптомы психического расстройства.

Риск суицидального поведения у больных с психическими расстройствами определяется клинко-психопатологическими, личностно-психологическими и ситуационными (социально-стрессовыми) факторами.

К клинко-психопатологическим факторам относятся психические расстройства, в клинической картине которых ведущее место занимают депрессии, особенно сопровождающиеся галлюцинаторно-бредовыми расстройствами; синдром Кандинского-Клерамбо, психопатоподобные изменения личности вследствие различных психических расстройств, декомпенсации эмоционально-неустойчивых, истерических и диссоциальных расстройств личности.

К личностно-психологическим факторам риска следует отнести преморбидные характерологические особенности в форме эгоистичности, враждебности и склонности к самооправданию, а к факторам, оказывающим непосредственное влияние на формирование мотивации суицидального поведения - дистимичность и демонстративность.

К наиболее распространенным социально-стрессовым факторам риска относятся конфликтные взаимоотношения с родственниками, одиночество и тяжелое материальное положение.

Мотивацию суицидального поведения у больных с психическими расстройствами определяют три группы механизмов: продуктивно-психопатологические, негативно-психопатологические и личностно-психологические, по которым формируется ведущее системообразующее

звено в сложном взаимодействии клинико-психопатологических, личностно-психологических и ситуационных факторов.

Продуктивно-психопатологические механизмы суицидального поведения характеризуются мотивацией, непосредственно связанной с психотическими переживаниями больного. Среди них выделяются:

а) механизмы с бредовой мотивацией - «бредовое избегание преследования», «бредовое избегание постороннего воздействия», «бредовое избегание страданий от мнимого заболевания», «бредовое самоуничтожение», «бредовая вина», «бредовая демонстрация», «бредовая месть» и «бредовая миссия»;

б) механизмы без бредовой мотивации - «галлюцинаторные императивы», аффективные нарушения по типам «витальной тоски», «дисфорической аутоагрессии» и «суицидальных нозофобий», а также «импульсивные действия» и «дезорганизация поведения в результате помрачения сознания».

Негативно-психопатологические механизмы суицидального поведения характеризуются мотивацией, обусловленной негативно-психопатологической симптоматикой, проявляющейся ослаблением, выпадением или деформацией отдельных психических функций в результате основного психического заболевания. Среди них выделяются:

а) ситуационные негативно-психопатологические механизмы, формирующиеся вследствие психопатоподобных изменений личности и проявляющиеся в форме «демонстративного протеста», «демонстративного призыва» и «демонстративного избегания»;

б) дезадаптационные негативно-психопатологические механизмы, связанные с редукцией энергетического потенциала или интеллектуально-мнестическим снижением и формирующиеся по типам «утраты смысла жизни» и «отсутствия способности к прогнозированию последствий своих действий».

Личностно-психологические механизмы суицидального поведения связаны с преморбидно сформировавшимися неблагоприятными психологическими особенностями. Среди них выделяются 2 группы:

а) личностно-ситуационные механизмы, формирующиеся на фоне острых реакций на стрессовые ситуации и квалифицирующиеся как «суицидальный шантаж», либо «потеря значимого»;

б) личностно-дезадаптационные механизмы, формирующиеся в результате внутренней переработки переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим психическим или физическим состоянием, а также с тяжелыми материально-бытовыми условиями жизни («страх перед будущим» и «отказ от жизни»).

К клинико-психопатологическим факторам риска рецидивирования суицидального поведения у больных с психическими расстройствами относятся: наследственная отягощенность алкоголизмом, возраст начала психических расстройств до 18 лет, возраст первичных проявлений

суицидального поведения до 30 лет, употребление наркотических веществ и/или злоупотребление алкоголем, психопатоподобный синдром, диагностически-органические психические расстройства и расстройства личности.

Личностно-психологическими факторами риска являются такие личностные характеристики, как демонстративность, ригидность, возбудимость, экзальтированность и эмотивность.