

Муниципальное образование «Выборгский район» Ленинградской области
Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение
«Каменская средняя общеобразовательная школа»
(МБОУ «Каменская СОШ»)

Утверждено

На педагогическом совете
Пр№1 от 30.08.2024 г.
Приказ №187 от 30.08.2024г

Директор МБОУ
«Каменская СОШ»

_____ О.В. Батуевская

Программа по работе с учащимися с суицидальным риском

Составил педагог-психолог
Тухватуллина Я.А

п Каменка 2024г.

Содержание

1.	Пояснительная записка.....	2
2.	Понятие о суициде. Классификация суицидального поведения	4
3.	Диагностика суицидального поведения	9
4.	Профилактика суицидального поведения	18
5.	Коррекция суицидального поведения.....	22

Пояснительная записка

Актуальность проблемы:

Уже с 60-х годов XX века суицид становился все более и более ощутимой проблемой в разных странах мира. Наиболее опасный для суицида возраст - около 30 лет - стал уменьшаться до 24-х и даже 15-ти лет, суицидологи были вынуждены констатировать страшный показатель "помолодевшего суицида": самоубийство становится третьей по счету ведущей причиной смерти среди 15-24 летних людей в США, Австрии, Швейцарии, Германии, Голландии, Англии, Австралии и Японии за период от конца семидесятых годов и до начала 90-х.

Статистика:

По официальной статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством 1 000 000 человек. Среди них:

- 280 тысяч китайцев,
- 30 тысяч американцев,
- 25 тысяч японцев,
- 20 тысяч французов,
- 50 тысяч русских

Официальная статистика самоубийств значительно отличается от реальной (приблизительно в 4 раза), поскольку в нее попадают только явные случаи. Никто не фиксирует случаи неудачных попыток самоубийства, число которых по разным оценкам в 10-20 раз больше, чем законченных самоубийств.

Только один из четырех (24%) тех, кто совершил попытку самоубийства и остался жив, соприкасается с профессиональной системой здравоохранения.

Структура программы включает следующие этапы ее реализации:

Понятие о суициде

Классификация суицидального поведения

Значение диагностики. Диагностические методы

Профилактика суицида

Коррекция суицидального поведения

Цель: исследование особенностей суицидального поведения

Задачи:

- Дать определение понятия «суицид»
- Изучить особенности суицидального поведения
- Рассмотреть методы диагностики суицида
- Разработать профилактические и коррекционные мероприятия

Понятие суицида и теории его возникновения

Суицид - самодеструктивное поведение человека, направленное на намеренное лишение себя жизни, а также отказ от реальных возможностей избежать смерти в критической ситуации.

Психологические теории суицида

В начале 20-го века австрийский психиатр Зигмунд Фрейд создал первую психологическую теорию суицида. В ней он подчеркнул роль агрессии, направленной на самого себя. Американский психиатр Карл Меннингер детально разработал идеи Фрейда. Он предположил, что все суициды имеют в своей основе три взаимосвязанных бессознательных причины: мечь/ненависть (желание убить), депрессия/безнадежность (желание умереть) и чувство вины (желание быть убитым).

Американский психолог, ныне рассматриваемый как пионер современной теории суицида, Эдвин Шнейдман, описал несколько наиболее серьезных характеристик суицида. Сюда включается чувство невыносимой душевной боли, чувство изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности, а также мнение, что только смерть является единственным способом решить все проблемы. Психотерапевты когнитивной школы, которые изучают процесс обработки человеком информации, подчеркивают роль негибкого мышления, (“жизнь ужасна, альтернатива ей только смерть”), которое ведет к невозможности выработки решений своих проблем. Согласно психологам, много суицидов символизируют крик о помощи, а также являются усилиями с целью привлечь внимание к своим проблемам.

Социологические теории суицида

Большинство ученых, работающих в области социологии, верят, что социальная структура и жизненные ценности могут оказывать существенное влияние на рейтинг суицида. Французский социолог Дюркгейм доказал, что рейтинг самоубийств напрямую связан с социальной интеграцией человека, — то есть степенью, согласно которой индивид чувствует себя частью большой группы. Дюркгейм считал, что самоубийство более вероятно, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, особенно, когда такая проблема встает перед ним внезапно, например, при потере работы. Значение фактора одиночества при анализе причин суицида видно и из того, что рейтинг суицида среди взрослых ниже у женатых, чем у разведенных, вдовых или одиноких людей.

Ученые обнаружили, что лица, склонные к суициду, по-видимому, не испытывают больших стрессов в своей жизни, чем другие; они, скорее, имеют некоторую патологию личности, которая не позволяет им полноценно справляться с жизненными проблемами. Кроме этого, лица, склонные к суициду, изначально имеют проблемы в жизни, такие как потеря семьи, или плохие отношения между родственниками, отдельное проживание родителей и несовершеннолетних детей, плохое обращение с детьми или плохое воспитание. Обследуемые, которые пытались

совершить суицид, имеют более высокий уровень психических расстройств в популяции, а также часто злоупотребляют психоактивными веществами. Однако, суицид происходит во всех семьях, включая и те, которые внешне выглядят благополучными.

Изменение в социальной и экономической ситуации обычно отражается и в рейтинге суицида. В США, например, рейтинг суицида, был низким во время I-ой и II-ой мировой войны, когда безработица была мала. Рейтинг суицида был высоким в течении Великой Депрессии 1930-х годов, когда безработица была распространена. Иногда люди совершают суицид в знак протеста против произвола правительства. Массовые суициды, при которых большое количество людей убивают себя одновременно, чрезвычайно редки. Наиболее известный массовый суицид произошел в 73 году нашей эры в Масаде (в настоящее время юг Израиля), когда 960 евреев убили себя в знак протеста порабощения их Римом; в 1978 году в Джейстауне, Гвинея, больше 900 членов культи совершили суицид по требованию их лидера, Джима Джонса.

Специфика подростковых суицидов

Существует ряд причин, которые встречаются у подростков-суицидентов наиболее часто.

Любовь.

Наиболее частые способы «любовного» самоубийства – самоотравление (медикаментами или ядом) и перерезание вен.

Нередко способы самоубийства, совершенные на почве любовных неудач, копируются из художественной литературы и фильмов.

В психологии это явление носит название «Синдрома Вертера» - по имени персонажа романа Гете «Страдания молодого Вертера». Этот роман в Германии около 200 лет назад запрещался после возникновения вспышки суицидов у молодых людей, которые читали этот роман и полностью копировали поведение главного героя (перед смертью они одевались как Вертер, оставляли книгу раскрытой на том месте, где описывалось самоубийство юноши). Зачастую подобные самоубийства (а также парасуицид¹ во всех его проявлениях) являются способом шантажа и манипуляции объектом любви, попыткой вызвать у него угрызения совести. Поэтому в предсмертных записках (которые чаще всего являются одновременно стихами собственного сочинения), суициденты обвиняют во всем своих возлюбленных, и сопровождают это фразами типа «Вот я умру, и ты поймешь...».

Как считает японский суицидолог Ямамото Тэй, число самоубийств, совершаемых именно из-за неразделенной любви, в возрасте до 16 лет составляет

¹ Парасуицид – несмертельное умышленное самоповреждение, которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. Парасуицид объединяет весь класс несмертельных суицидальных действий с низкой суицидальной вероятностью.

42,2% у девушек и 36,6% у юношей. К 25 годам удельный вес этой причины резко сокращается.

К самоубийствам на почве любви можно также отнести суициды, совершаемые из-за смерти любимого человека. Подростки, отличающиеся высоким уровнем эмоциональности и возбудимости, особенно тяжело переживают смерть близких. Они нередко замыкаются в себе, становятся нелюдимы и в результате могут выбрать добровольное расставание с жизнью.

Родители.

Прежде всего, стоит сразу сказать, что невнимание со стороны родителей или же конфликты с ними чаще всего являются причиной именно детских суицидов, и реже – подростковых, так как ценность родительского внимания с возрастом утрачивается, и 16-17-летние подростки легче переносят отрыв от родителей, чем дети младшего возраста.

Самоубийства такого рода часто являются случайными, например, когда ребенок хочет только напугать маму, чтобы она обращала на него больше внимания, но в результате, не рассчитав вреда, наносимого себе, погибает.

Нередко такие случаи происходят в семьях, где уже есть один ребенок, и рождается новый малыш, которому, естественно, родители уделяют больше внимания. А старшего сиблинга как бы лишают детства, заставляя его ухаживать за младшим братом или сестрой.

Известны случаи, когда на этой почве убивали себя даже пятилетние дети. Поэтому в данном случае психологическую работу следует вести не с детьми, поступки которых являются в какой-то мере зеркалом, отражающим поведение их отцов и матерей, а с самими родителями.

Учеба

Учебный процесс и сложности, связанные с ним – достаточно распространенная причина самоубийства. Особенно часто встречается она у студентов, обучающихся точным наукам и осваивающих технические специальности (особенно часто – студенты физико-математических институтов, будущие программисты, генетики, химики и т.д.)

Вероятно, это происходит потому, что подобные специальности нередко выбирают для себя люди замкнутые, неадаптивные, необщительные, в общем, как говорят в студенческой среде, «ботаники».

Такие подростки, как правило, имеют высокий и очень высокий коэффициент интеллекта, и это делает их в некоторой степени изгоями среди сверстников.

Многие из них обретают себя в интернете, и получают свою «порцию» любви, ненависти, дружбы и героизма в чатах и сетевых играх. Те же, у кого такие «компенсаторные механизмы» и умение ослаблять фрустрацию, неразвиты, нередко пытаются убить себя.

Мода и подражание

Возможно, это покажется диким и странным, но в последнее время самоубийство, особенно групповое, у молодых людей вошло в моду. Особенно ярко эта тенденция просматривается в Японии, где самоубийство в течение долгого времени считалось мужественным поступком и возводилось в ранг искусства. Молодые японцы встречаются на интернет-сайтах, посвященных суициду, и договариваются между собой о том, как, когда и где им добровольно перейти границу между жизнью и смертью. Подобные случаи фиксировались и в нескольких европейских странах (Германия, Швеция, Голландия).

Вообще стоит сказать, что массовая культура современности всячески способствует этой «смертельной моде». Создается бесчисленное множество кинофильмов и книг на эту тему, рок-звезды, вроде застрелившегося лидера группы «Нирвана» Курта Кобейна, личность которого возведена в ранг культа молодыми декадентами, также являются отличным примером для подражания. Те, кто убивает себя, по какой-то неизвестной причине, в нашем обществе приобретают ранг непризнанных гениев, и вызывают у подростков желание следовать их примеру.

Одиночество

Чувство одиночества – весьма частая причина суицидальных попыток и завершенных суицидов у подростков. Одиночество коренится глубоко в психике неуверенных в себе, замкнутых и ранимых молодых людей. Порой они даже переживают своеобразный феномен – «одиночество в толпе», когда их окружают толпы людей, и вроде все знакомы, и никто не желает зла, но... Они безгранично одиноки. Точнее, чувствуют себя таковыми. За этим чувством тянется и постоянная мысль о том, что никто не способен понять подростка, и что с ним вообще что-то «не так».

Еще одна особенность, способная усугубить эту причину, кроется в структуре детских и молодежных компаний. Дети и подростки, объединяясь в группы по какому-либо признаку (даже если просто живут в одном дворе), становятся весьма жестокими. Поэтому частенько подростки, и без того забытые, становятся изгоями и объектами для насмешек, что, конечно, тоже играет немалую роль в решении ребенка или подростка добровольно уйти из жизни.

Что интересно, именно такие «изгой» чаще всего самостоятельно обращаются в центры психологической помощи, и пытаются найти поддержку и понимание там.

Психические заболевания и расстройства личности.

До недавнего времени считалось, что суицидальное поведение абсолютно всегда является следствием психических расстройств. Безусловно, едва ли можно считать это утверждение правильным, хотя рациональное зерно все же есть. Отклонения в психике человека могут вызвать суицидальное поведение, но это далеко не главная причина.

Чтобы лучше понять, какие именно расстройства могут толкнуть человека на суицид, обратимся к опыту психиатров.

В учебнике «Психиатрия» М.Т. Хэзлема о суициде сказано следующее: «...При психотических заболеваниях, как правило, суицид бывает истинным, особенно на фоне депрессии. Парасуицид чаще имеет место при депрессивных реакциях, отмечающихся при неврозах. При аффективных психозах смерть от суицида является реальной опасностью. При таких заболеваниях примерно 20% больных делает попытку убить себя, причем примерно в 10% случаев попытки приводят к смерти. Успешными попытки суицида чаще бывают у мужчин, чем у женщин, а при парасуициде, представляющем собой нечто вроде обходного пути, соотношение обратное...Опасность суицида является одной из основных причин принудительного направления в клинику больных аффективными психозами или иными тяжелыми психическими расстройствами...»

Диагностика суицидального поведения

Прогнозирование суицидального поведения с целью первичной и вторичной профилактики суицидов — одна из основных задач, стоящих перед медико-психологическими службами учреждений здравоохранения, образования и социальной помощи населению. При этом в одних случаях речь идет о своевременном выявлении лиц с высокой вероятностью совершения суицида, в других — об оценке уровня суицидального риска у лиц, уже совершивших попытку самоубийства.

Клинико-психологическое обследование, направленное на оценку уровня суицидального риска, опирается на принцип комплексности, предполагающий сочетание разных методических приемов, и проводится с использованием таких методов, как клинико-психологическое интервью, наблюдение, автобиографический (анамнестический) метод, экспериментально-психологические методы, из которых наиболее широкое распространение получили методы самоотчета (опросники и анкеты). В последние годы в отечественной и зарубежной психологии разрабатывается ряд новых методических подходов к диагностике суицидального поведения, связанных с определением уровня суицидального риска на основе анализа объективных психофизиологических показателей.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРВЬЮ ПРИ ОЦЕНКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Интервью, направленное на оценку суицидального риска, всегда проводится в составе общего клинико-психологического расспроса, направленного на выяснение основных анамнестических данных, текущей жизненной ситуации, индивидуально-психологических особенностей обследуемого.

В процессе клинико-психологического интервью оцениваются следующие характеристики:

- суицидальные мысли и намерения;
- наличие суицидального плана;
- мотивация к суициду;
- наличие психического состояния, способствующего реализации суицидальных намерений;
- наличие эпизодов суицидального поведения в прошлом;
- эпидемиологические факторы суицидального риска.

Суицидальные мысли и намерения. Следует узнать, имеются ли у пациента в настоящий момент или имелись, когда-нибудь в прошлом суицидальные мысли и намерения. Необходимо учитывать, что многие лица весьма неохотно раскрывают свои суицидальные мысли и намерения, что может быть вызвано как болезненными переживаниями, с которыми связана тема самоубийства, так и страхом, что

сообщенные сведения приведут к негативным последствиям (госпитализация в психиатрическую больницу, осуждение окружающих и проч.). В связи с этим в процессе беседы может быть использован ряд приемов, облегчающих обсуждение данных вопросов. Например, перед обсуждением темы суицида делают утверждение, которое дает понять пациенту, что суицидальные переживания рассматриваются как вполне предсказуемая реакция на сложившиеся обстоятельства («Из-за всех неприятностей, которые случились с Вами в последнее время, я не удивлюсь, что у Вас иногда возникали мысли о том, что не стоит жить»; «У многих людей в тяжелые периоды жизни возникают мысли о том, чтобы убить себя. У Вас когда-нибудь возникали такие мысли?»). Также необходимо учитывать, что более конкретные вопросы, учитывающие обстоятельства жизни пациента («Бывало ли такое, что, когда Вы принимали снотворное на ночь, возникала мысль о том, чтобы сразу выпить всю упаковку?»), часто оказываются более эффективными, чем вопросы общего характера («Возникали ли у Вас мысли о самоубийстве?»).

Среди психологов иногда встречается мнение, что при расспросе депрессивных лиц нельзя задавать вопросы о суицидальных переживаниях, поскольку это может «натолкнуть» их на идею самоубийства. Однако данное утверждение является неверным. Лица с депрессивными расстройствами не живут в условиях информационного вакуума: в средствах массовой информации, художественной литературе широко представлены данные, связанные с темой суицида, и при наличии у человека состояния, предрасполагающего к появлению суицидальных мыслей, он раньше или позже эти данные воспримет и переработает. В тоже время систематическое избегание психологом столь значимой для пациента темы может лишь ухудшить контакт с ним.

Если пациент подтверждает наличие суицидальных мыслей, необходимо выяснить, носят ли они пассивный или активный характер, уточнить длительность и частоту суицидальных мыслей.

Необходимо узнать, насколько стойкими являются суицидальные мысли, в какой степени пациент способен их контролировать, часто ли он переживает наплывы мыслей о смерти. Также выясняют отношение пациента к мыслям о самоубийстве (полностью принимает суицидальные мысли либо страшится их, пытается подавить подобные мысли).

Наличие суицидального плана. Наличие хорошо разработанного плана суицида — один из наиболее важных признаков, указывающих на высокую вероятность его совершения.

При наличии у пациента суицидальных мыслей выясняют, насколько далеко зашел процесс планирования суицида. Спрашивают, обдумывал ли пациент способы самоубийства, подходящее время и место предстоящего суицида. Если пациент сообщает о мыслях, связанных с каким-то конкретным способом суицида, спрашивают, почему он думает именно об этом, а не о другом способе; по характеру

ответа на данный вопрос делают вывод, в какой степени продуман предстоящий суицидальный акт.

Необходимо оценить реальную выполнимость плана, сообщенного пациентом, выяснить, имеется ли у него доступ к огнестрельному оружию, сильнодействующим лекарственным средствам или другим средствам суицида.

При наличии у пациента активных суицидальных намерений, хорошо разработанного плана суицида и доступа к средствам необходимо направить его к соответствующим специалистам для решения вопроса о госпитализации.

Мотивация к суициду. Следует выяснить, какие имеются у пациента основания для суицидальных намерений: «Переживали ли Вы в последнее время сильные стрессовые ситуации?»; «В какой степени они могли повлиять на Ваше стремление уйти из жизни?».

Необходимо выяснить характер мотивов, лежащих в основе суицидального поведения. Наряду с этим следует расспросить пациента о причинах, удерживающих его от совершения суицида (чувство ответственности перед близкими, религиозные и моральные запреты и проч.).

Оценка психического состояния. В процессе проведения клинико-психологического интервью необходимо оценить, в какой степени текущее психическое состояние пациента способствует реализации суицидальных намерений.

Выясняют, имеется ли у пациента чувство безнадежности. Под безнадежностью понимают состояние, характерными признаками которого являются чувство бесперспективности, ощущение тщетности усилий по исправлению создавшейся ситуации и генерализованные негативные ожидания в отношении будущего. В ходе многочисленных клинико-психологических исследований было показано, что наличие переживаний безнадежности является одним из наиболее важных показателей, свидетельствующих о высокой вероятности совершения суицида.

Реализация суицидальных намерений требует достаточного уровня энергии, а также хороших способностей к волевой регуляции поведения. Некоторые пациенты жалуются, что у них «не хватает сил», чтобы совершить суицид. У таких лиц вероятность совершения суицида резко возрастает при повышении общего уровня активации (например, в результате лечения антидепрессантами) или при ослаблении процессов торможения (например, в результате сильного эмоционального возбуждения, алкогольного опьянения).

Оценка прошлых эпизодов суицидального поведения. Наличие эпизодов суицидального поведения в прошлом является одним из наиболее важных факторов суицидального риска. В связи с этим в процессе беседы необходимо выяснить, имелись ли у пациента когда-либо в прошлом серьезные суицидальные мысли (особенно касающиеся планирования суицида), суицидальные попытки или акты самоповреждения. Если пациент подтверждает наличие суицидальных попыток в прошлом, тогда подробно расспрашивают о времени и обстоятельствах совершения этих

попыток. В частности, анализируют использованный метод суицида; объективный риск смерти в результате совершенных суицидальных действий; особенности психического состояния пациента в момент совершения попытки самоубийства (в том числе наличие алкогольного или наркотического опьянения); спланированный или импульсивный характер суицидального акта; причины, мотивы и поводы совершения суицидальной попытки; реакцию социального окружения на суицидальную попытку пациента; отношение самого пациента к суицидальной попытке. На основе собранной информации определяют характер прошлого суицидального поведения: демонстративно-шантажное, истинное, импульсивное парасуицидальное (самоповреждающее) поведение.

Оценка факторов суицидального риска. На основе информации, собранной в процессе клинико-психологического расспроса, определяют наличие медико-психологических и социально-средовых факторов, связанных с высоким уровнем риска суицидального поведения (см. главу 2). При этом необходимо учитывать, что прогнозирование суицидального поведения конкретной личности не может проводиться исключительно на основе механического сложения отдельных факторов суицидального риска, а должно опираться на результаты углубленного анализа индивидуально-психологических особенностей человека и его текущей жизненной ситуации.

МЕТОДЫ САМООТЧЕТА

В настоящее время методы самоотчета (опросники и анкеты) являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники, предназначенные для оценки риска суицидального поведения, можно разделить на две группы. К первой группе относятся методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний. Ко второй группе относятся опросники, оценивающие определенные аспекты поведения и переживаний, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида.

К первой группе суицидологических опросников принадлежит большое количество сходных друг с другом методик. Например, опросник «СР-45» для выявления склонности к суицидальным реакциям [Гилинский Я. И., Юнацкевич П. И., 1999] содержит 45 утверждений («В прошлом у меня была попытка уйти из жизни»; «Я иногда думаю о своей добровольной смерти»; «Я пробовал разные способы ухода из жизни» и так далее), на которые обследуемый дает положительный или отрицательный ответ. При оценке результатов подсчитывается общее количество совпадений ответов обследуемого с «ключом», на основе этого делается вывод об уровне склонности к суицидальным реакциям.

В зарубежной клинической психологии получил распространение «**Опросник суицидальных мыслей**» («Adult Suicidal Ideation Questionnaire», ASIQ),

разработанный американским суицидологом В. Рейнольдсом [Reynolds W. M., 1991]. В основу методики положены представления автора о том, что существует континуум суицидальных мыслей, ранжированных по степени серьезности. На одном полюсе континуума располагаются пассивные суицидальные мысли, на другом — активные, связанные с планированием суицида. Опросник включает 25 утверждений («Бывает, я думаю о том, что лучше мне было бы никогда не родиться»; «У меня возникают мысли о том, чтобы убить себя»; «У меня возникают мысли о том, что другим будет лучше, если я умру»; «Бывает, я думаю о том, каким образом лучше убить себя»; «Бывает, я думаю о том, что будут чувствовать другие, когда меня не станет», и так далее). Каждое из этих утверждений обследуемый оценивает по 7-балльной шкале, от «0» (никогда не было таких мыслей) до «6» (такие мысли возникают почти каждый день). На основе общей суммы баллов, набранных обследуемым, делают вывод об уровне суицидального риска.

При оценке риска суицидального поведения широко применяются клинические шкалы, которые заполняются специалистом на основании результатов беседы с больным. Среди этих методов наибольшую известность получила **«Шкала суицидальных мыслей»** («Scale for Suicide Ideation*, SSI), предложенная рядом зарубежных исследователей [Beck A. T. et al., 1979; русский перевод в кн. Бек А. и соавт., 2003]. Основное достоинство методики состоит в том, что она позволяет прогнозировать суицидальные реакции на основе дифференцированной оценки различных характеристик суицидальных мыслей и поведения пациента. Так, в процессе обследования оцениваются отношение пациента к жизни/смерти, характеристики суицидальных мыслей, предпосылки для совершения суицида, характеристики предполагаемой суицидальной попытки, возможность реализации суицидальной попытки. Всего методика содержит 21 утверждение и каждое из них оценивается по 3-балльной шкале.

Авторы отмечают, что данная методика может использоваться не только при оценке актуальных суицидальных намерений пациента, но и при ретроспективном анализе суицидального поведения.

Другая группа суицидологических опросников направлена на оценку переживаний пациента, наиболее тесно коррелирующих с суицидальным поведением. Как отмечалось ранее, одним из важных факторов суицидального риска является депрессия. В связи с этим некоторые методы оценки депрессии используются при решении задач прогнозирования суицидальных реакций. К таким методам относится **«Опросник депрессии Бека»** («Beck Depression Inventory*, BDI) [Beck A. T. et al., 1961; адаптированный русскоязычный вариант в кн. Тарабрина Н. В., 2001], дающий возможность дифференцированно оценить различные компоненты депрессивного состояния пациента. Опросник включает 21 категорию симптомов (жалоб), каждая оценивается по 3-балльной шкале в соответствии с нарастающей тяжестью симптома. Категории опросника BDI отражают различные проявления депрессии: 1) чувство печали; 2) пессимизм (безнадежность); 3) чувство собственной несостоятельности; 4)

неудовлетворенность; 5) чувство вины; 6) ожидание наказания (желание быть наказанным); 7) отвращение к себе; 8) самообвинение; 9) суицидальные мысли; 10) слезливость; 11) раздражительность; 12) социальная отгороженность; 13) нерешительность; 14) ощущение собственной непривлекательности; 15) утрата работоспособности; 16) нарушения сна; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря веса; 20) ипохондрическая фиксация; 21) снижение сексуальной активности.

В серии лонгитюдных исследований, проведенных А. Бекком и другими авторами, было показано, что наиболее тесные корреляции с суицидальным поведением обнаруживают вторая (чувство безнадежности) и девятая (суицидальные мысли) категории опросника.

На основе данных о тесной связи чувства безнадежности с суицидальным поведением А. Бек разработал **«Шкалу безнадежности Бека»** («Beck Hopelessness Scale», BHS) [Beck A. T. et al., 1974], которая в настоящее время также широко используется англоязычными исследователями для оценки уровня суицидального риска. Шкала включает 20 утверждений («Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным»; «Я не могу представить себе, какой будет моя жизнь через 10 лет»; «Все, что ожидает меня в будущем, кажется мне скорее неприятным, чем приятным»; «Мой прошлый опыт хорошо подготовил меня к моему будущему» (ответ «нет») и так далее). На каждое из утверждений пациент дает положительный или отрицательный ответ. При совпадении ответа обследуемого с «ключом», он оценивается в 1 балл, затем баллы суммируются. Если обследуемый набирает **более 10 баллов**, делают вывод о повышенном уровне риска суицидальных реакций. В одном из лонгитюдных исследований были проанализированы данные методики BHS у пациентов, совершивших завершённый суицид в течение 10 лет после обследования. Установлено, что 91% таких лиц имели оценку по методике BHS 10 и более баллов, и только 9% — оценку менее 10 баллов.

Оценка суицидального риска может проводиться на основе анализа значимости для обследуемого антисуицидальных мотивов, таких как долг перед близкими, моральные, религиозные убеждения и т. д. Основываясь на данном положении, известный американский суицидолог М. Лайнхен разработала **«Опросник причин для жизни»** («The Reasons for Living Inventory», RFL) [Linehan M. M., 1983]. Опросник содержит 48 утверждений, каждое из них обследуемый оценивает от 1 («совсем не значимо») до 6 («крайне значимо»). Утверждения опросника образуют шесть шкал: 1) «Жизнестойкость и копинг»; 2) «Ответственность перед семьей»; 3) «Долг перед детьми»; 4) «Страх суицида»; 5) «Страх социального отвержения»; 6) «Моральные установки». В серии исследований было выявлено, что показатели по шкалам «Жизнестойкость и копинг», «Ответственность перед семьей», «Долг перед детьми», «Моральные установки» обнаруживают отрицательные корреляционные связи с выраженностью суицидальных намерений и позволяют с достаточной степенью

надежности прогнозировать вероятность осуществления суицидального акта [Linehan M. M., 1983; Osman A. et al., 1993]

Для решения задач оценки суицидального риска иногда применяются традиционные личностные опросники, например тест ММРІ. При этом предполагают, что определенные конфигурации «профиля» ММРІ (например, сочетание подъемов «профиля» на 2-й и 9-й шкалах) позволяют делать выводы о повышенном уровне риска совершения суицида. Однако систематических исследований, направленных на оценку значимости показателей теста ММРІ для прогнозирования риска суицидального поведения, до настоящего времени не проводилось.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Несмотря на широкое применение методов самоотчета при решении задач оценки суицидального поведения, они обладают рядом недостатков, основным из которых является субъективизм в ответах на поставленные вопросы, а также возможность как целенаправленного, так и неосознанного искажения респондентом информации о своем состоянии. В настоящее время имеется большое количество литературных данных, свидетельствующих о низкой эффективности методов самоотчета (опросников) при прогнозировании суицидального поведения. Действительно, хорошо известен факт, что лица, принявшие решение покончить с собой, склонны скрывать свои намерения от окружающих. Этому весьма способствует то обстоятельство, что признание наличия мыслей о самоубийстве часто имеет выраженные негативные последствия для индивида (госпитализация в психиатрическую больницу, продление сроков лечения, негативное отношение окружающих и т. д.).

В связи с этим в последнее время идет активный поиск методических подходов, при использовании которых можно было бы обойти отмеченные выше недостатки традиционных методов оценки суицидального риска.

В исследованиях последних лет было показано, что лица с суицидальным поведением обнаруживают специфические изменения внимания, проявляющиеся, с одной стороны, в трудностях отвлечения от негативной информации [Bradley V. P. et al., 1997] и, с другой стороны, в произвольной фиксации внимания на информации, связанной с темой суицида [Зотов М. В., Петрукович В. М., 2002; Becker E. S. et al., 1999]. Английские исследователи Г. Маттеус и Дж. Антее

[Mathews G. R., Antes J. R., 1992], используя технику регистрации движений глаз, показали, что, по сравнению с контрольной группой, депрессивные индивиды чаще фиксируют взгляд на эмоционально негативном, чем на нейтральном и позитивном материале. Немецкий психолог Э. Бекер с соавт. [Becker E. S. et al., 1999] при помощи модифицированного Струп-теста проанализировал особенности произвольного внимания к материалу, связанному с темой суицида, у лиц с суицидальными попытками. Испытуемым предлагалось как можно быстрее назвать цвет шрифта

(красный, желтый, синий, зеленый), которым напечатаны слова с эмоционально нейтральным, позитивным, негативным и специфическим суицидальным содержанием, не обращая внимания на значение этих слов. Показано, что, в отличие от здоровых испытуемых, суициденты значимо дольше называли цвет шрифта, которым напечатаны слова с суицидальным содержанием, чем цвет позитивных и нейтральных слов. Это свидетельствует о том, что лица с суицидальным поведением обнаруживают специфическую пристрастность внимания по отношению к суицидальной информации.

Предполагается, что явление непроизвольной фиксации внимания на информации, связанной с темой самоубийства, играет существенную роль в развитии и усилении суицидальной мотивации. Лица с суицидальным поведением непроизвольно отмечают информацию негативного и суицидального характера, фиксируют на ней внимание, что приводит к дальнейшему нарастанию суицидальных тенденций.

Примером реализации данного подхода к диагностике суицидальных тенденций является методика экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал» [Зотов М. В. и соавт., 2003].

В основе методики «Сигнал» лежат результаты экспериментальных исследований, свидетельствующих о том, что при наличии у человека какой-либо выраженной мотивации любая информация, имеющая к ней отношение, непроизвольно привлекает его внимание. Соответственно, при наличии у человека сильных суицидальных намерений, его внимание непроизвольно фиксируется на любой информации, имеющей отношение к теме самоубийства.

Методика «Сигнал» предназначена для экспресс-оценки риска суицидального поведения. Она относится к объективным личностным тестам, поскольку ориентирована на оценку объективных психофизиологических показателей без опоры на экспертные суждения или личностные самооценки. Тест сконструирован и предъявляется таким образом, что для испытуемого остается скрытым, какие стороны его поведения и переживаний подвергаются изучению. Это уменьшает возможность сознательных искажений реакций испытуемого при проведении обследования и делает его результаты более достоверными.

Методика основана на измерении резервов внимания при переработке информации с нейтральным и суицидальным содержанием и реализована в виде программного продукта к персональному компьютеру. Суть методики состоит в следующем. В инструкции испытуемому сообщается, что в процессе тестирования будут оцениваться некоторые особенности внимания и скорости мыслительных операций и предлагается просматривать последовательно появляющиеся на экране компьютера предложения с целью выявления грамматических ошибок. В случае обнаружения ошибки в предложении испытуемый должен нажать на клавишу «—>». Если ошибок нет, то необходимо нажать на клавишу «<—». В случае появления звукового сигнала испытуемый должен как можно быстрее среагировать на него нажатием клавиши

«Пробел». Предложения составлены таким образом, что содержат примерно одинаковое количество слов, обладают сходными грамматическими и стилистическими характеристиками. Слова в нейтральных предложениях и предложениях с суицидальным содержанием уравниваются по частоте встречаемости в русском языке. Предложения с нейтральным и суицидальным содержанием представляются блоками (каждый из которых включает 3 связанных по смыслу предложения). В процессе тестирования испытуемому предлагается просмотреть 25 блоков предложений. Первые 5 блоков просматриваются в процессе тренировки. 20 последующих блоков являются контрольными; 3 из них содержат предложения суицидального содержания, 17 — предложения нейтрального характера.

В подобных условиях деятельности испытуемого время простой сенсомоторной реакции на звуковой сигнал — надежный показатель степени фиксации внимания, образно говоря, «прилипания внимания» к воспринимаемому материалу. Таким образом, в процессе тестирования определяются резервы внимания («предвзятость» внимания) при переработке нейтральной информации и информации суицидального характера. При обработке результатов подсчитывается среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии нейтральных предложений и предложений с суицидальным содержанием. Показатель суицидального риска (ПСР) представляется в условных единицах и вычисляется по формуле:

$$\text{ПСР} = T_{1\text{ср.}} / T_{2\text{ср.}}$$

где $T_{1\text{ср.}}$, мс — среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии нейтральных предложений; $T_{2\text{ср.}}$, мс — среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии предложений с суицидальным содержанием.

Значения ПСР в пределах 1,0 свидетельствуют об отсутствии снижения резервов внимания при переработке информации суицидального характера и, соответственно, об отсутствии истинных суицидальных тенденций. Значения ПСР существенно меньшие 1 (0,75 и ниже) свидетельствуют о «предвзятости» внимания к предложениям с суицидальной тематикой и, следовательно, о повышенном уровне суицидального риска.

Диагностика суицидального поведения подростков

Пакет диагностических методик достаточно велик (ТАТ, Роршаха, Розенцвейга и др.), предпочтительнее опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» адаптированный нами к подростковому возрасту.

Опросник Г. Айзенка включает описание различных психических состояний, наличие которых у себя испытуемый должен подтвердить или опровергнуть. Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

Профилактика суицидального поведения

Профилактика суицидального поведения- это система государственных, социально-экономических, психологических, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития суицидального поведения (тенденций, попыток и завершенных суицидов).

Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на предотвращения возникновения самоубийств.

Основные направления первичной профилактики:

1. Организация специализированных суицидологических служб («телефон доверия», кабинеты социально-психологической помощи, отделения кризисных состояний).
2. Обучение работающих с населением специалистов по распознаванию суицидальных тенденций (врачи, соц. работники, психологи).
3. Ограничение доступа населения к средствам суицида (различного рода токсических веществ, а также лекарственных средств и огнестрельному оружию).
4. Контроль характера сообщений о самоубийствах в СМИ (книги, сериалы, фильмы, где изображены сцены самоубийств).
5. Информирование населения о существующей системе медико-психологической помощи (в средствах печати, радио и телевидения должна быть представлена информация, касающаяся деятельности «телефонов доверия», центров социально-психологической помощи, куда могут обращаться за помощью люди, переживающие кризисные состояния).

Вторичная профилактика суицидального поведения включает систему медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на предотвращение суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства или обнаруживших суицидальные тенденции (суицидальные мысли и побуждения). Также включает мероприятия, направленные на оказание медико-психологической помощи и социальной помощи родственникам и близким друзьям лиц, погибших в результате самоубийства, а также лицам, незавершившим суицид. Большое значение имеют группы поддержки родственников лиц, совершивших суицид (впервые такие организации появились в США, в начале 1970-х годов).

Для профилактики самоубийств важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека, покончившего с собой, его психическое отношение к предстоящему суициду. Поскольку самоубийство - деяние умышленное, то, прежде чем говорить об их предупреждении, необходимо рассмотреть мотивы и причины самоубийств.

Можно воспользоваться данной типологией мотивов и поводов самоубийств:

1. Лично-семейные конфликты, в том числе семейные конфликты, развод; болезнь, смерть близких; одиночество; неудачная любовь; оскорбления со стороны окружающих; половая несостоятельность.
2. Состояние здоровья, в том числе психические заболевания; соматические заболевания; уродства.
3. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента, в том числе опасение уголовной ответственности; боязнь иного наказания или позора.
4. Материально-бытовые трудности.
5. Конфликты, связанные с работой или учебой, в том числе конфликты на работе; неуспехи в учебе.
6. Другие мотивы.

А.Ф. Кони в работе “Самоубийство в законе и жизни” также называет ряд факторов, способствующих развитию самоубийств:

- ослабление семьи и разрушение ее внутренней гармонии,
- общественно-политическая обстановка,
- борьба за существование,
- угрызения совести из-за какого-нибудь проступка или преступления и так далее.

Эти условия во многом сходны с теми, что были рассмотрены выше. Кони призывал бороться с растущим числом самоубийств: “Весь более или менее цивилизованный и культурный мир находится теперь в состоянии брожения, переживает трагические условия для своего будущего переустройства. При сложных требованиях этого сложного строительства дорог каждый работник, каждый, кто может на своем жизненном пути подать утешение, оказать поддержку, внушить бодрость своим ближним. В этой мысли и убеждении надо воспитывать личным примером молодое поколение, отстраняя от него словом и делом те вредные влияния, о которых говорилось выше.” Таким образом, мы видим, что еще в начале века велась борьба с самоубийствами.

Факторы риска. Определенные аспекты человеческой жизни увеличивают вероятность попыток суицида. Изучение показало, что наиболее важный фактор суицида – ощущение человеком безнадежности. Лица с ощущением безнадежности могут рассматривать суицид как единственный способ решения своих проблем. Люди

с душевными болезнями, расстройствами личности, а также лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют высокий риск суицида. В действительности, люди, страдающие не диагностированными психическими болезнями, совершают около 90% всех суицидов. Соматические болезни также увеличивают риск суицида, особенно когда они сопутствуют депрессии. Около 1/3 взрослых, совершивших суицид, страдали от соматических болезней во время своей смерти.

Другой фактор риска суицида заключается в наличии предыдущих суицидальных попыток, а также в наличии случаев суицида среди родственников. Важную роль играет социальная изоляция индивида. Люди, живущие одиноко или имеющие мало близких друзей, не получают эмоциональной поддержки, которая предупредила бы появление чувства безнадежности и иррациональных мыслей во время трудного периода их жизни.

Общим коммуникативным действием при суициде является сообщение о своем намерении.

Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения.

У Дюркгейма существовала своя собственная программа предотвращения суицидов. Его теория была хорошо продуманной, но в то же время являлась утопической, т.к. никто не смог воплотить ее в жизнь, более того, к ней почти не прислушивались. Французский социолог считает, что для лечения общества необходимо установить новые формы социального взаимодействия или социальных отношений - профессиональных групп, так как старые формы социальной организации - семья, цех, церковь - не выполняют функций социального контроля. И когда коллективное сознание обретает в обществе новое содержание и форму, воплощаясь в “религии человечности”. Уважение человеческой личности становится как бы общественной догмой, но эти концепции Дюркгейма не получили широкого распространения.

Вообще, общественные отношения идеализировались Дюркгеймом, трактовались как отношения согласия, солидарности, гармонии и сотрудничества. Социальные конфликты и противоречия выносились за пределы “нормального”, естественного общественного порядка, рассматривались как болезнь, которую можно ликвидировать, не изменяя общественных устоев.

Дюркгейм рассматривает социальный процент самоубийств, как продукт социальных факторов действующих на всё общество и характерный для каждого общества. Исследуя такой социальный фактор, как религия, на примере, католической и протестантской церквей, он обнаружил, что католики менее подвержены стремлению покончить жизнь самоубийством, так как их церковь более сплоченная, единая и

поэтому процент самоубийств в ней меньше, чем в протестантской. Таким образом, возрастание или уменьшение числа самоубийств варьируется в соответствии с уровнем интеграции социальных групп, а самым стабильным уровнем, на котором это явление не будет встречаться, будет уравнивание сил между обществом и индивидом, так называемая “золотая середина”, то есть когда индивид не игнорируется и в то же время не подвергается давлению со стороны общества.

По убеждению французского социолога человек должен стремиться к общим целям, но не терять своей личной автономии, не поглощаться обществом без остатка. Чувство согласия с обществом, считает Дюркгейм, обуславливает чувство активного счастья.

Сегодня существует Международная ассоциация по предотвращению самоубийств, по рекомендации которой во многих городах мира и нашей страны были созданы службы предупреждения самоубийств. Это новая форма организации медицинской и социально-психологической помощи людям, нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении. Службы ориентированы на широкие круги населения и, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, людей, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными.

Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность. Сознание, что личные, мучительные для человека вопросы не получают огласку, делает пациента более раскованным, облегчает установление с ним контакта. Неукоснительно соблюдается еще один принцип, рекомендуемый международными суицидологическими организациями, - подразделение службы не должно располагаться на территории психиатрических учреждений. Это устраняет барьер, мешающий человеку обратиться к психотерапевту. Ведь нередко такому шагу препятствует страх прослыть психически больным, быть поставленным на психиатрический учет.

Службы могут быть укомплектованы как добровольцами, так и специалистами-психотерапевтами. Главное преимущество службы состоит в том, что ее основные звенья действуют не автономно, а объединены в систему. Структурные подразделения - “телефон доверия”, кабинеты социально-психологической помощи, кризисные стационары - имеют преемственную связь и координируются центром.

Основным звеном в деле предотвращения самоубийств является анонимная телефонная служба (“телефон доверия”), которая была основана в 1953 г. в Лондоне священником Чад Вара и стала быстро распространяться во всех государствах Европы и Америки. Цель телефонной службы - стремление предложить любому человеку, находящемуся в кризисной ситуации и помышляющему о самоубийстве, телефонный контакт с сотрудником, готовым выслушать его как друг, способным помочь абоненту

преодолеть кризисную ситуацию, с которой он столкнулся. Среди принципов службы особое место занимает доверительность, абсолютная секретность, запрет требовать вознаграждения за услуги и запрет оказания любого давления. Принципы работников служб - “не судить, не критиковать и даже не удивляться”, а помочь абоненту самостоятельно прийти к правильному решению. Население широко информируется о наличии “телефонов доверия”, но самоубийства при этом не упоминаются, сообщается только, что оказывается “помощь в беде, безнадежности и депрессии”.

Тем не менее, острые медико-социальные проблемы не решаются сам собой. Многолетний опыт суицидологической работы свидетельствует о том, что оснований для самоуспокоения в этом вопросе чрезвычайно мало. Поэтому необходимо продолжать работу в этом направлении, как научную, так и практическую.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Основными задачами психологической коррекции импульсивного парасуицидального поведения являются формирование навыков регуляции эмоций, повышение толерантности к негативным переживаниям, снижение импульсивности и повышение способности к произвольному контролю поведенческих реакций [Linehan M. M., 1997], в то время как психологическая коррекция истинного суицидального поведения направлена преимущественно на изменение суицидогенных установок и неадаптивного атрибутивного стиля, развитие способности к решению проблем и преодоление безнадежности [Бек А. и др., 2003]. Психокоррекционная работа с лицами, пережившими единичный суицидальный эпизод, носит относительно кратковременный характер и ориентирована в первую очередь на кризисную поддержку и помощь пациенту в разрешении кризисных проблем [Старшенбаум Г. В., 2005], в то время как медико-психологическая коррекция лиц с многократными суицидальными эпизодами носит долгосрочный характер и направлена на изменение устойчивых форм стереотипного суицидального реагирования пациентов и профилактику рецидивов [Henriques G. et al., 2003; Meichenbaum D., 2005].

Программа занятий с подростками

I. Арт - терапевтический блок

Цель – коррекция эмоционально-мотивационной сферы.

Группа 1. Познание (восприятие) себя и отношений с окружающим миром.

Цель – отреагирование эмоций, связанных с отношением к себе; рефлексия индивидуальных потребностей и отношений с другими людьми.

Занятие 1.

Введение. Упражнения с цветами – используя цвета, которые наиболее и наименее предпочтительны в данный момент, попытайтесь изобразить ими разные формы, линии и исследуйте их смысловые значения.

Исполнение темы. Упражнение знакомство – представьте себя группе, не прибегая к словам и пользуясь только рисунком.

- Используя лист ватмана, нарисуйте плакат, иллюстрирующий Ваш образ жизни; в рисунке отразите интересы, ценности, семью, друзей, род занятий.
- Изобразите с помощью цветов, форм и линий особенности своего мироощущения.

Занятие 2.

Введение. Упражнения с цветами – выберите цвета, отражающие особенности Вашего характера или состояния, и попытайтесь, изображая ими разные линии и формы, исследовать их смысловые значения.

Исполнение темы. «Автопортрет» - нарисуйте свое реалистичное изображение; нарисуйте, как Вам хотелось бы, что бы Вас воспринимали; изобразите, как Вас видит ваш друг и недруг.

«Метафорический автопортрет» - нарисуйте себя в виде какого-нибудь предмета или животного (можно изобразить фон).

- После создания образа расскажите о нем от первого лица.
- Нарисуйте, каким предметом или животным вам хотелось бы быть.
- Изобразите себя в виде предмета, отражающего ваше состояние в данный момент.
- Изобразите себя в виде растения на том или ином этапе его развития. Обратите внимание на свои ощущения, связанные с воображаемым процессом роста растения.

Занятие 3.

Введение. Упражнения с цветами – выберите цвета, «нейтрализующие» ваши негативные переживания и, используя их, создайте какой-нибудь образ.

Исполнение темы. «Грани моего Я» - изобразите себя в центре листа и разместите вокруг образцы, отражающие разные грани вашей личности. Обратите особое внимание на расположение образов, их размер.

- Разместите вокруг себя предметы и людей отражающих ваши взаимоотношения.
- Изобразите себя в виде сообщества разных персонажей, отражающих различные стороны (границы) вашего «Я».
- Нарисуйте четыре «Я»: 1) реальное, 2) воспринимаемое с внешней стороны (социальное), 3) идеальное – то каким хочу быть, 4) будущее.

Занятие 4.

Введение. Упражнения с цветами: используя два цвета, (приятный и неприятный для вас) создайте какой-либо образ и сочините о нем рассказ.

Исполнение темы. «Хорошее и плохое» - изобразите то, что в вас есть хорошего и плохого; что вам в себе нравится и не нравится; свои достоинства и недостатки.

- Изобразите идеальное и реальное «Я», включая их положительные и отрицательные стороны.
- Изобразите положительное «Я» и отрицательное «Я»; сочините разговор между ними.

Занятие 5.

Введение. Упражнения с цветами – создайте два рисунка: один из цветов, приятных вам, другой – из неприятных, а затем сравните оба рисунка. Придумайте разговор между ними.

Исполнение темы. Мои секреты:

- Изобразите себя в одиночестве и на людях; в абстрактно-символической форме нарисуйте, что вы чувствовали, когда были одни и в окружении людей.
- Изобразите свое социальное «Я» и приватное «Я» - то, которое никто никогда или почти никогда не видел и не увидит.
- Нарисуйте маску самого себя, изображающую вас в состоянии: а) тревоги, б) тоски, печали, отчаянья, в) напряжения, г) в веселом приподнятом настроении.
- Придумайте историю, в которой эти состояния выступают в роли действующих лиц.

Занятие 6.

Введение. «Вырезанные формы» - начертите какую-нибудь фигуру, затем вырежьте ее и создайте на ней изображение. Придумайте рассказ о том, что чувствует; что думает; что хочет и что может ваша фигура.

Исполнение темы. «Желания» - изобразите реалистически или абстрактно несколько ваших желаний:

- Что вы хотите, что является для вас привлекательным.
- Что вы хотели бы уметь.
- Каким вы хотели бы быть.
- Нарисуйте, где бы вам хотелось сейчас находиться.
- Нарисуйте то, с чем связаны ваши надежды.
- Представьте, что вы переправляетесь через реку; нарисуйте то, что находится на другом берегу.
- Представьте, что вы подрастающее растение; изобразите окружающий вас пейзаж.
- Изобразите себя в безопасном, приятном месте, а так же людей, животных или предметы, которые находятся рядом с вами.

Группа 2. Я и моя жизнь.

Цель – осмысление себя в контексте собственной жизни; в контексте психологического времени личности, включающем психологическое прошлое, настоящее и будущее.

Занятие 7.

Введение. «Правая и левая рука» - выберите разные цвета для правой и левой руки. Закрыв глаза, рисуйте каракули двумя руками; открыв глаза, сформируйте образы и опишите их. Объясните выбранные вами цвета.

Исполнение темы. «Воспоминания детства» - проиллюстрируйте одно из своих наиболее ранних или наиболее ярких детских воспоминаний.

- Изобразите по одному из самых счастливых и несчастливых событий своего детства (или несколько связанных друг с другом событий).
- Нарисуйте в абстрактной форме свое детство и раскрасьте его, каким либо цветом.

- Изобразите то, что вам запрещали или не давали делать в детстве. Обозначьте переживания, которые у вас возникли, каким либо цветом.
- Изобразите одно из самых ранних воспоминаний связанных с расставанием или разлукой.

Какое отношение оно может иметь к ситуациям связанным с расставанием в настоящий момент?

Занятие 8.

Введение. «Каракули» - закрыв глаза, размашистыми движениями рук создайте каракули. Посмотрев на полученное изображение с разных сторон, попытайтесь найти в нём образ и развить его.

Исполнение темы.

«Личная жизнь» - изобразите свою жизнь в виде линии или пути на местности. Обозначьте символами или словами наиболее значимые события (группу событий) своей жизни.

- Изобразите жизненный путь в виде лабиринта или спирали с обозначениями, который должен включать прошлый, настоящий и будущий периоды жизни. Раскрасьте свое прошлое, настоящее и будущее в разные цвета, в зависимости от характера событий которые в них происходили.

«Обзор жизненного пути» - нарисуйте сцены, связанные с наиболее яркими воспоминаниями вашей жизни.

- Нарисуйте сцены из своего прошлого (детства) и настоящего периода жизни. Раскрасьте свое прошлое и настоящее, в какой либо цвет.

С чем связан выбор вами цвета?

- Нарисуйте сцены связанные с хорошими и плохими воспоминаниями, и раскрасьте их в какой-либо цвет.

- Нарисуйте сцены связанные с наиболее важными событиями вашей жизни.

- Нарисуйте сцены связанные с «сильными» чувствами, испытанными вами в прошлом – одиночество, покинутость; сильное внутреннее напряжение; тоска, подавленность; страх, опасение. Каждое чувство обозначьте определенным цветом и объясните его выбор.

- Выберите цвет, который нейтрализует ваши негативные переживания.

- Изобразите людей – представителей социальных сетей (учителей, друзей, знакомых) с которыми у вас связаны «незавершенные» дела или которым вы не успели сказать и сделать то, что хотели бы сказать и сделать.

Занятие 9.

Введение. «Каракули» - свободным движением руки, нарисуйте сложный «клубок» линий.

Найдите в каракулях какой-нибудь образ и сочините про него рассказ.

Исполнение темы. «Прошлое, настоящее и будущее».

- Создайте три рисунка, изображающих вас в прошлом, настоящем и будущем.
- Нарисуйте то, что наиболее важно для вас в настоящем, прошлом и будущем.
- Нарисуйте отрицательные и положительные моменты вашего будущего.
- Изобразите себя на перекрёстке дорог с обозначением направлений дальнейшего движения; каждое направление раскрасьте определенным цветом.
- Изобразите трудные, критические ситуации вашего прошлого, настоящего и будущего. Каким-либо цветом обозначьте эмоции, которые вы испытывали, объясните ваш выбор цвета.
- Нарисуйте, откуда вы пришли, где находитесь и куда двигаетесь.
- Нарисуйте ваши потери в прошлом, то, что вы приобрели в настоящем и то, что вы можете приобрести в будущем. С каким цветом это ассоциируется?
- Изобразите людей, наиболее значимых для вас в прошлом и настоящем.

Группа 3. Переживание критических (трудных) ситуаций.

Цель – выражение чувств, связанных с критическими ситуациями и их переживанием-преодолением.

Занятие 10.

Индивидуальная работа – изображение критической ситуации (конфликта), служащее выявлению чувств, связанных с ней, и определению возможных вариантов его разрешения.

Введение. «Каракули» - используя различные цвета, нарисуйте каракули. Постарайтесь выразить в словах свои чувства и ассоциации, появляющиеся при создании разных каракулей.

Исполнение темы. «Проблемы» - изобразите наиболее значимую для вас проблему или ту, которая имеет устойчивый характер.

- Изобразите те выгоды, с которыми могут быть связаны эти проблемы.
- Выберите цвет и изобразите ваши чувства, связанные с проблемой.

Занятие 11.

Введение. «Кляксы» - используя отпечатки краски на бумаге (полученные с помощью кисти или руки), создайте образ и опишите его. Цветом обозначьте, что вы чувствовали в процессе рисования.

Исполнение темы. «Критическая ситуация» - изобразите критическую, трудную для вас ситуацию в виде «рассказа в картинках», выделяющего стадии ее развития и события из которых она состоит.

- Создайте маски участникам критической, трудной ситуации.

- Создайте композицию на тему «шторм», «взрыв», «огонь», «чудовище» для того, что бы дать выход чувствам, связанным с критической, трудной ситуацией.

Занятие 12.

Введение. Напишите свои инициалы или автограф как можно крупнее, а затем попытайтесь найти в очертаниях образ и развить его.

Исполнение темы. «Утраты» - нарисуйте образ или символ потери (вещи, человека, ситуации) или нереализованного желания.

- Выбрав, какой-либо цвет, нарисуйте, что вы чувствовали в ситуации утраты и в данный момент.

«Ассоциации с цветами» - нарисуйте разными цветами «радость», «покой», «удовлетворённость». Это задание используется для снятия эмоционального напряжения.

Занятие 13.

Введение. «Чернильные пятна и бабочки» - капните чернилами или жидкой краской на бумагу, сверните лист пополам, а затем разверните. Преобразуйте полученные пятна в образы и составьте на основе них рассказ.

Исполнение темы. «Страхи» - изобразите свой страх (или страхи), а так же то, с чем он связан.

- Представьте, что вы прячетесь. Где и от кого? Нарисуйте эту ситуацию.
- Нарисуйте себя потерявшимся в диком лесу.
- Представьте незнакомую дверь или ворота. Нарисуйте что, или кто находится за ними.

Занятие 14.

Парная работа – невербальное взаимодействие, осуществляющееся в процессе изобразительной работы способно генерировать конфликт, который затем обсуждается.

Введение. «Разговор» - каждый участник группы выбирает для себя цвет и подбирает партнёра, ориентируясь на его цвет. Затем пары изображают «разговор» цветов на одном листе бумаги. Каждый старается вести свою линию примерно параллельно линии партнёра или продолжая её.

- Предварительно распределив цвета, используйте разные формы и пятна в ответ на формы и пятна, используемые партнёром.
- Попробуйте имитировать эмоционально окрашенный разговор (спор, конфликт).

Исполнение темы. «Критическая ситуация (проблема) и её разрешение» - один подросток изображает проблему на одной части лица, другой подросток её разрешение на второй половине листа.

- Нарисуйте чувства, которые возникали у вас и вашего партнёра.

«Опасное путешествие» - один рисует путь с препятствиями, другой – способы их преодоления.

- Нарисуйте и обозначьте цветом чувства и переживания, которые у вас возникали при встрече с препятствием; в процессе его преодоления, и после того как вы его прошли.

Занятие 15.

Групповая работа – даёт возможность наблюдения за групповыми ролями и их динамикой, что позволяет выявить конфликт и найти подходы к его разрешению, как в процессе работы, так и при её обсуждении.

Введение. «Рисунок на влажной бумаге» - на влажную бумагу нанесите кистью или разбрызгайте водорастворимые краски.

Обратите внимание на смешивание цветов и свои ощущения связанные с этим.

- Пользуясь фломастером (карандашом), обведите или соедините отдельные цветные пятна и дайте им названия.

Исполнение темы.

Рисование историй возникновения критических ситуаций – в программах по два – пять человек, с последующей их передачей другой подгруппе, которая пытается определить содержание рисунка, роли отдельных участков, событий.

«Критическая ситуация» - каждая подгруппа изображает заданную психологом или выбранную самостоятельно критическую ситуацию и варианты её разрешения.

Затем обсуждаются взгляды на эту ситуацию; то, как она может повлиять или влияет на их жизнь; обсуждаются различия в оценках данной проблемы.

«Интерпретации» - каждый изображает какое-либо чувство, связанное с переживанием критической ситуации, и обозначает его на обороте листа.

После этого рисунки перемешиваются и выбираются по одному для интерпретации и сравнения с обозначениями на обороте листа.

II. Психодраматический блок.

Цель – коррекция дисфункциональных, не эффективных способов переживания-преодоления критических ситуаций и выработка на этой основе адаптивных стратегий преодоления трудных, критических ситуаций – не нарушающих личностное развитие подростков.

В качестве тем ролевых игр выступающих в качестве основного содержания психодраматических сессий, предлагаем использовать критические ситуации, выявленные нами в экспериментальном исследовании. Их можно разделить на три группы:

1. «Сверстники, друзья».

- Конфликты, споры – любые «неудачные» отношения с друзьями, одноклассниками, после которых возникали неприятные переживания, а так же необдуманные поступки и действия.
- Конфликтные отношения друзей Я(подруг) с вашими родителями, вызывающие у вас чувство обиды, неудовлетворенности, напряжения, одиночества, злости, безысходности (безвыходности).

2. «Семья».

- Конфликты, ссоры, напряженные отношения между родителями, между родителями и родственниками.
- Напряженные, конфликтные отношения с братом (сестрой).
- Напряженные, плохие отношения с родителями.

3. «Школа».

- Напряженные отношения между родителями и учителями.
- Конфликты с учителями, с педагогами коллективом и обслуживающим персоналом школы.
- Плохие взаимоотношения с одноклассниками.

Общей чертой при описании каждой ситуации является то, что в ней у подростков возникают состояния, свидетельствующие о наличии психотравмирующего переживания, а так же то, что в качестве «выхода» из ситуации подростки выбирают определенный тип отклоняющегося поведения. Это могут быть побеги из дома, употребление психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков), совершение противоправных действий, ауто- и гетероагрессия.

При обсуждении каждой сессии необходимо делать упор на то, что девиантное поведение подростков является следствием не эффективного переживания-преодоления критических ситуаций, их псевдопреодоление, а так же на поиск новых альтернативных, стратегий преодоления трудностей без ущерба для личностного развития.

Необходимо отметить, что сценарий для ролевых игр не является жестко детерминированным психологом. Иногда он определяется самим подростком, выступающим в качестве протагониста, по ходу психодраматической сессии.

В качестве упражнений для «разогрева» - как начального этапа психодраматической сессии, предлагаем следующие:

- «Встретились два существа» - участники получают задание придумать и показать сцену, как встретились два существа, и чем это закончилось. При этом участникам необходимо выполнить одно условие – они должны представить каждое существо без слов. То есть надо жестами, мимикой, возможно типичными для этого существа

звуками показать характерные его особенности. Нужно так же показать реакцию этих существ, друг на друга.

- «Матрёшка» - используется для облегчения самопрезентации подростка и стимуляции у него стремления к самопознанию, самораскрытию.

Инструкция: упражнение, которое ты сейчас будешь выполнять (если захочешь), дает возможность лучше узнать, кто ты такой и что скрывается за твоей внешней оболочкой ... Дело в том, что в человеке много пластов. Верхний - это тот образ, то лицо, которое человек демонстрирует миру. Этот образ виден всем. А вот нижние слои скрыты от посторонних глаз, а порой и сам человек слабо знаком с ними...

Я хочу, чтобы ты на время представил себя такой матрёшкой, как бы стал ею. Сначала нужно описать себя таким, каким тебя видят другие люди. Затем – открыть матрёшку и найти там скрытый от посторонних глаз слой и тоже рассказать о нём. Потом ты снимешь с матрёшки ещё одну оболочку и откроешь следующий более глубокий пласт ... Пожалуйста, рассказывай о себе до тех пор, пока не дойдешь до таких частей своего «Я», которые ты никому не хочешь показывать.

Этот приём помогает избежать дискомфорта и обеспечивает подростку, выполняющему упражнение психологическую безопасность.

- «Граница» - участники располагаются попарно на расстоянии десяти шагов друг от друга. Необходимо медленно продвигаться на встречу, друг другу и постараться уловить момент, когда будет неприятно дальнейшее приближение партнёра, одновременно следя за тем, когда этот момент возникает у него.
- «Психологическая дистанция» - изображение ближайшего окружения подростка (протагониста) через расстояние. При этом психологическая дистанция определяется как оценка отношений человека с конкретными людьми, представленная во внешних количественных (пространственных) характеристиках.

Инструкция: степень близости наших отношений с тем или иным конкретным человеком может быть определена с помощью понятия «психологическая дистанция». Давайте попробуем выразить близость-дальность отношений друг с другом через расстояние в пространстве. Доброволец должен встать лицом к стене, а все остальные участники располагаются за его спиной на таком расстоянии, которое символически будет близость их отношений с ним. При этом необходимо учитывать взаимное расположение относительно друг друга. Затем, стоящие за спиной должны разойтись, запомнив при этом свои места.

После этого доброволец поворачивается и расставляет участников так, как, по его мнению, они должны были встать.

В заключении, проводя обсуждение возникших переживаний, следует подумать над такими вопросами: Сложно ли было прогнозировать расположение своих товарищей? Чувствовали вы себя уверенно, когда расставляли их по местам? Постигло ли вас разочарование, когда вы увидели, какие места они заняли сами? Или, напротив,

вас это обрадовало? Что вас удивило в этом упражнении? Что вы узнали нового о себе и своих товарищах?

1. **«Волшебный магазин»** - участникам необходимо представить себе, что на сцене открыта лавочка, где продаются чудесные вещи – любовь, мужество, мудрость, уважение и т.п. Добровольцев просят выйти вперед и попробовать выменять какой-либо товар

Режиссёр, играющий роль хозяина лавки, уточняет, сколько нужно; от кого; в связи с чем. Потом он просит что-нибудь взамен, по бартеру.

Разработка этой темы приводит к тому, что добровольный покупатель начинает лучше понимать цель своей покупки и осознавать последствия своих действий.

В качестве психодраматических техник используются следующие:

Обмен ролями – протагонист (подросток) играет в психодраме роль, какой-либо другой ключевой фигуры, а вспомогательное «Я» (другой подросток из группы) берёт на себя роль протагониста.

В этом случае вспомогательное «Я» становится объектом проекций, поэтому при обмене ролями протагонист получает доступ к отвергаемой им части собственной личности, выражает вытесненные потребности, желания, скрытые мотивы.

Техника используется для того, чтобы из другой роли подросток получил необходимые ему поведенческие образцы или качества. Применение техники позволяет пережить новый эмоциональный опыт и расширить поведенческий репертуар.

С её помощью можно управлять эмоциональным напряжением разыгрываемого действия.

Зеркало – подросток, выступающий в роли вспомогательного «Я», должен как можно точнее симитировать поведение протагониста на сцене, в то время как протагонист покидает место действия. В этой технике искусственно создаётся проекция для того, чтобы подросток обнаружил те аспекты поведения, а через них желания и чувства, которые ранее отвергал.

Проекция на будущее – позволяет разыграть возможный вариант развития событий (сцену из будущего). Применение техники даёт возможность апробировать новые поведенческие стратегии, закрепить те способы действия, которые были освоены в психодраме.

Моделирование – демонстрация вспомогательным «Я» альтернативных способов действий для того, чтобы протагонист нашёл приемлемый для себя образец. Происходит обучение подростка новым поведенческим стратегиям.

Свеча – кратковременное, длящееся несколько минут пребывание каждого участника в роли протагониста.

Разговоры за спиной – протагонист садится спиной к группе и слушает, как его обсуждают.

Таким образом, можно наметить **следующие пути психологической помощи в критических ситуациях**, с использованием психологического времени личности:

1. Перенос потенциального будущего в актуальное настоящее, то есть, чтобы мотивы и цели, ценимые сознанием, вынесенные в некоторую временную перспективу, в то же время вошли в феноменологическое «теперь» и стали актуальной и действенной данностью.

2. Перенос актуального настоящего в психологическое прошлое; в аффективном плане это представляется как отстранение эмоции, её устранение из момента «теперь».

3. Уменьшение степени актуальности событий и отношений прошлого в настоящем.

Это связано с увеличением реализованности и потенциальности событий прошлого и будущего в индивидуальной концепции психологического времени личности.

Список литературы

1. Бойко О.В., Охрана психического здоровья: учеб.пособие для студ., высш.учеб.заведений.- М.: Издательский центр «Академия», 2004.-268с.
2. Змановская Е.В., Девиантология: (психология отклоняющегося поведения): учеб.пособие для студ., высш.учеб.заведений.- 3-е изд., испр. и доп. –М.: Издательский центр «Академия»; 2006.-288с.
3. Исаев Д.С. Психология суицидального поведения/Д.С. Исаев//. – Самара, 2000 -208 с.
- 4.Суицидология. Прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. - М., 2001. – 570 с.
5. Ковалев В.В., Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. М., 1990.
6. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Хрестоматия по суицидологии. Киев.: А.Л.Д., 1996.