

**Пути и способы профилактики
суицидальных тенденций среди
несовершеннолетних в условиях
урочной и внеурочной деятельности**

М. Ядренников и Е. Игнатова

Суицидологическая помощь

- Профилактика (превенция)
- Интервенция
- Поственция
- Постсуицид

Структура профилактики суицидального поведения

	Первичная	Вторичная	Третичная
Цель	Предупреждение развития суицидальных тенденций в обществе	Предотвращение острых суицидальных действий, снятие острого кризиса	Реабилитация людей, переживших утрату близкого вследствие суицида
Субъект	Учреждения социальной сферы, СМИ	Учреждения системы здравоохранения	Учреждения системы здравоохранения и социального обслуживания
Объект	Население региона, группы повышенного суицидального риска	Суициденты, лица с повышенным уровнем тревоги или депрессии	Члены семьи, ближайшее окружение суицидента
Задачи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профилактика алкоголизма, наркомании 2. Диагностика групп суицидального риска 3. Организация регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии среди населения 4. Коррекция семейных отношений и профилактика социального неблагополучия 5. Информирование населения о деятельности психологических служб 6. Развитие служб «Телефон доверия» и «Телефон здоровья» 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Создание сети суицидологических учреждений 2. Подготовка специалистов по работе с людьми, находящимися в ситуации суицидального кризиса 3. Диагностика ситуаций повышенного риска, парасуицида 4. Определение антисуицидальных факторов и вариантов снятия кризисного напряжения 5. Совершенствование технологий психотерапии и фармакотерапии, методов коррекции деструктивных личностных установок 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация механизма реабилитационного процесса 2. Диагностика восстановительного потенциала «выживших жертв суицида» 3. Организация механизма взаимодействия суицидологов с работниками сфер культуры, досуга, трудоустройства, социального обеспечения и др. 4. Коррекция семейных взаимоотношений 5. Профессиональная

Мишени суицидологической превенции

- развитие навыков совладающего со стрессом поведения
- улучшение отношений в семье
- борьба с культурально обусловленным положительным отношением к смерти
- повышение уровня грамотности населения относительно проявлений психических расстройств и методов помощи при них, а также; психологической помощи суицидальным субъектам

Основные мероприятия по профилактике суицида

- классные часы;
- часы психолога;
- тренинги, развивающие занятия по профилактике суицидального поведения;
- информирование обучающихся о детских «телефонах Доверия»;
- «Дни здоровья» (беседы о здоровом образе жизни, спортивные мероприятия);
- проведение анкетирования обучающихся;
- привлечение детей «группы риска» к общественной полезной деятельности и занятиям в кружках и секциях во внеурочное время;



Основные мероприятия по профилактике суицида

- проведение тематических уроков на темы «Неформальные молодежные объединения», «Молодежные субкультуры и их влияние на жизненные установки подростков», «Тоталитарные секты» в рамках предмета ОБЖ;
- проведение профилактической индивидуальной работы с несовершеннолетними «группы риска» детьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации по оказанию своевременной социально-правовой педагогической помощи;
- выступления специалистов в области профилактики суицидальных явлений (врача-психиатра, врача-нарколога и др.);



Основные мероприятия по профилактике суицида

- организация психолого-педагогической поддержки обучающихся при подготовке к выпускным экзаменам;
- обновление памяток для родителей и педагогов «Методические рекомендации по профилактике детского и подросткового суицида», по работе с детьми «группы риска»;
- работа по правовому просвещению обучающихся и родителей;
- информирование обучающихся, их родителей по проблеме безопасного использования сети Интернет.



Помощь при потенциальном суициде (интервенция)

- Исходная позиция помощника
- Список действий:
 - 1. Подбирайте ключи к разгадке суицида.
 - 2. Примите суицидента как личность.
 - 3. Установите заботливые взаимоотношения.
 - 4. Будьте внимательным слушателем.
 - 5. Не спорьте
 - 6. Задавайте вопросы.
 - 7. Не предлагайте неоправданных утешений.
 - 8. Предложите конструктивные подходы.
 - 9. Вселяйте надежду.
 - 10. Оцените степень риска самоубийства.
 - 11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.
 - 12. Обратитесь за помощью к специалистам.
 - 13. Важность сохранения заботы и поддержки.

Список первых шагов предложенных к суицидальной интервенции:

- 1. Поиск признаков возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки к самоубийству, депрессию, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению.
- 2. Допускание, что человек действительно является суицидальной личностью.
- 3. Установление эмпатических отношений.
- 4. Эмпатическое слушание
- 5. Бесконфликтность
- 6. Поиск ядра конфликта
- 7. Поддержка взрослого отношения к случившемуся.
- 8. Поиск витальных ресурсов.
- 9. Поддержка эмоционально.
- 10. Оценка степени риска самоубийства.
- 12. Позиция специалиста
- 11. Обращение к специалистам

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

- Основным «инструментом» оценки суицидального риска является клиническое интервью с пациентом, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц и из медицинской документации.
- Особенности терапевтической коммуникации и проведения клинического интервью.
- Отслеживание контрпереносных реакций — чувств, мыслей и поведенческих реакций врача или психолога, возникающих в процессе коммуникации с пациентом и потенциально могущих оказать прямое или косвенное влияние на поведение пациента, терапевтические отношения и адекватность оценки суицидального риска специалистом.
- Объективная клиническая и социально-психологическая оценка состояния и поведения пациента специалистом.

Признаки, предупреждающие о возможности суицида

- перемены в поведении - уединение, рискованное поведение;
- проблемы в учёбе - падение успеваемости, эмоциональные взрывы, засыпание на уроках;
- признаки депрессии - перемены в питании и времени сна, беспокойство, безнадежность;
- чувства вины, потеря интереса;
- устные заявления - «Я желаю быть мёртвым», «Оставь меня в покое»;
- темы о смерти - накопительный интерес к данной тематике, усиленное внимание к оккультизму, тяжёлому металлу в музыке;
- вызывающая одежда;
- предыдущая суицидальная попытка;
- подростки практически не умеют (и не способны) справляться с трудностями;
- сексуальное или физическое злоупотребление;
- употребление, а в последствие, и злоупотребление алкоголем:

Терапевтические мишени в работе с суицидальным пациентом:

- Проблемная ситуация.
- – Негативный когнитивный стиль (выученная беспомощность, негативная триада).
- – Установки, разрешающие суицидальные попытки.
- – Саморазрушающее поведение (злоупотребление алкоголем, психоактивными веществами, самоизоляция, пассивность).

Цели психотерапевтического вмешательства

- коррекция эмоционального состояния, уровня тревожности;
- коррекция самооценки, образа Я, уровня притязаний;
- коррекция степени перфекционизма;
- коррекция уровня стрессоустойчивости и фрустрационной толерантности, обсуждение возможностей совладания со стрессом, тренировка использования адаптивных копинг-стратегий;
- коррекция склонности подростка к импульсивной (ауто)агрессии;
- работа с когнитивными искажениями и дисфункциональными поведенческими стратегиями (в концепции когнитивно-бихевиоральной терапии)
- коррекция жизненных целей (в т.ч. обсуждение экзистенциальных проблем, смысла существования, выявление оснований для продолжения жизни и пр.), отношения к членам
- семьи и внутрисемейных отношений, коррекция отношений со сверстниками.

Терапевтические коммуникации

- открытые и прямые вопросы
- фасилитация пациента к развитию высказанной мысли
- демонстрация поддержки и включенности специалиста
- эмпатическое принятие чувств пациента
- отражение специалистом части сказанного пациентом
- молчание
- прояснение информации
- конфронтация противоречивых посланий пациента
- суммирование
- интерпретация

Рекомендации по ведению беседы с потенциальным суицидентом:

1. Выразите свою заинтересованность личностью и судьбой собеседника, симпатию к нему.
2. Задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания.
3. Выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника:
 - суицидальный план;
 - время и место исполнения;
 - суицидальные мысли и попытки в прошлом;
 - как он сам оценивает вероятность своего суицида?
4. Попробуйте выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, но не настаивайте на их обсуждении, если для собеседника это слишком тяжело.
5. Побудите его высказать свои чувства, связанные с проблемной областью.
6. Спросите: приходилось ли ему ранее рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной (само)изоляции.
7. Будьте готовы к психотерапевтической работе (возможно, на длительное время) с вашим собеседником.

Рекомендации по завершению беседы с потенциальным суицидентом

- Заключение «антисуицидального контракта» (фраза: *«Давай с тобой договоримся, что ты не будешь ничего предпринимать, пока мы с тобой работаем над твоей проблемой»*)
- В случае отказа можно применять мощный прессинг (например, *«Пожалуйста, не делай этого! Ты мне стал дорог, подумай хотя бы, что будет со мной, если после этого разговора ты...»*).
- проработка альтернативных решений (например, *«Что произойдет, если ты не осуществишь сейчас свои намерения, а попробуешь...»*);
- упорядочение внутреннего хаоса (например, *«Почему бы тебе не подождать, пока...»*).

Вопросы ребенку, который может совершить самоубийство и обратился за помощью

- Как дела? Как ты себя чувствуешь?
- Ты выглядишь, словно в воду опущенный, что-то случилось?
- Что ты собираешься делать?
- Ты надумал покончить с собой?
- Как бы ты это сделал?
- А что, если ты причинишь себе боль?
- Если на шкале «хорошее самочувствие» стоит на отметке «0», а «желание совершить самоубийство» на отметке «10», то на какой бы отметке ты расположил бы свое теперешнее состояние?
- Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что случилось? На какой отметке шкалы ты был в то время?
- Если б я попросил бы тебя пообещать мне, не причинять себе боль, то ты бы смог бы это сделать? Что бы помешало тебе дать обещание?
- Что помогло тебе справиться с трудностями в прошлом? Что могло бы помочь сейчас?
- От кого ты бы хотел эту помощь получить?
- Знают ли твои родители, что ты испытываешь такие трудности, сложности, душевные муки?
- Хочешь ли ты посоветоваться со специалистом (психотерапевтом, неврологом)?
- Если тебе пришлось пообещать не убивать себя, смог бы ты сдержать свое слово? На какое время?

Принципы диалога с ребенком

- говорить с ребенком открыто и прямо;
- дать своему собеседнику почувствовать, что вам не все равно, что с ним происходит;
- слушать с чувством искренности и понимания;
- отстаивать свою точку зрения, что самоубийство – это неэффективное решение всех проблем;
- прибегнуть к помощи «авторитетных людей» для оказания поддержки ребенку, нуждающемуся в помощи;
- заключить «соглашение о не совершении самоубийства», условием которого будет обещание ребенка не причинять себе боль никоим образом;
- подумать, кто может помочь ребенку: пригласить родителей, школьного педагога или психолога, человека, которому ребенок доверяет;
- при необходимости пригласить психотерапевта, который может вывести ребенка из кризисного состояния; при осложненных или критических ситуациях доставить его в ближайший психоневрологический центр или больницу;
- просто остаться с ребенком рядом; если необходимо уйти, оставить его на попечение другого взрослого;
- попытаться установить, на сколько произошедшая ситуация стала кризисной и суицидоопасной;
- попытаться выявить не только те моральные структуры личности, которые подверглись психотравматизации, но и «зоны сохранной моральной мотивации», которые могут выступить в качестве антисуицидальных факторов (такowymi могут быть чувство долга и ответственности, достоинство, гордость, совесть, стыдливость, стремление избежать негативных санкций и мнений, стремление поддержать собственный престиж и т.д.).

Первая помощь при суициде

1. Если Вы стали свидетелем самоубийства, а у Вас нет времени на преодоление собственного эмоционального шока, нужно принять быстрые действия.
2. Необходимо вызвать помощь по телефону: 3-11-03
3. Попытаться оказать первую доврачебную помощь:
 - остановить кровотечение - на вены наложить давящую повязку, на артерии (пульсирующая алая струя)- жгут выше раны;
 - при повешении часто травмируются шейные позвонки, потому, после того как пострадавшего вынули из петли, надо избегать резких движений;
 - если нет пульса, проводить непрямой массаж сердца и искусственное дыхание до прибытия бригады скорой помощи;
 - при отравлении - вызвать рвоту, если человек в сознании!
 - при бессознательном состоянии следить за проходимость дыхательных путей и повернуть голову на бок, чтобы не запал язык;
 - если пострадавший может глотать, принять 10 таблеток активированного угля,
 - если пострадавший в сознании - необходимо поддерживать с ним постоянный!!! контакт, психологически не оставляя его одного!!!

Кризисное консультирование (поственция)

- 1) разговор в режиме «сострадательной эмпатии»;
- 2) идентификацию мыслей, рождающих негативные переживания, и, по возможности, коррекция этих мыслей методами когнитивно-поведенческой психотерапии;
- 3) преодоление «исключительности» ситуации;
- 4) снятие «остроты» ситуации.

Принципы психологической работы при экстремальном состоянии

- Принцип нормализации
- Принцип безотлагательности
- Принцип приближенности к месту событий (оказание помощи в привычной обстановке и социальном окружении)

Реакции, проявляющиеся при экстремальных ситуациях

- Плач
- Истерика
- Нервная дрожь
- Страх
- Двигательное возбуждение
- Агрессия
- Ступор
- Апатия

Реакции, осложняющие процесс кризисного консультирования

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
1	ПАНИКА (Я не в силах помочь)	Панику следует преодолеть, поскольку клиенты ищут, с кем бы поговорить и доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну единственную связь обратившегося с остальным миром.
2	СТРАХ (Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?)	Страх может свидетельствовать о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; но каждый человек, в т.ч. и клиент, ответственен за сделанный им выбор, а консультант имеет реальную возможность помочь.
3	ФРУСТРАЦИЯ (Еще один длинный разговор, которого я не желал бы)	Фрустрация может возникнуть из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту.

Реакции, осложняющие процесс кризисного консультирования

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
4	<p style="text-align: center;">ОБИДА</p> <p>(Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня)</p>	<p>Обида может проявляться в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез. Следует принять во внимание, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией.</p>
5	<p style="text-align: center;">ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ</p> <p>(Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его)</p>	<p>По сути, перед выбором на самом деле стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать ли помощь) нет.</p>
6	<p style="text-align: center;">БЕЗЫСХОДНОСТЬ</p> <p>(Эта ситуация безнадежна: как я могу его (ее) заставить желать жить?)</p>	<p>Безысходность возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем или ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение.</p>
7	<p style="text-align: center;">ОТРЕЧЕНИЕ</p> <p>(В такой ситуации я вел бы себя так же)</p>	<p>Свидетельствует о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.</p>

Реакции, осложняющие процесс кризисного консультирования

№	РЕАКЦИИ КОНСУЛЬТАНТА	РЕКОМЕНДАЦИИ КОНСУЛЬТАНТУ
1	ПАНИКА (Я не в силах помочь)	Панику следует преодолеть, поскольку клиенты ищут, с кем бы поговорить и доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну единственную связь обратившегося с остальным миром.
2	СТРАХ (Что, если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?)	Страх может свидетельствовать о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; но каждый человек, в т.ч. и клиент, ответственен за сделанный им выбор, а консультант имеет реальную возможность помочь.
3	ФРУСТРАЦИЯ (Еще один длинный разговор, которого я не желал бы)	Фрустрация может возникнуть из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности – безнадежности, можно решить задачу первой помощи клиенту.
4	ОБИДА (Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня)	Обида может проявляться в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез. Следует принять во внимание, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией.
5	ВНУТРЕННИЙ КОНФЛИКТ (Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его)	По сути, перед выбором на самом деле стоит клиент; у консультанта выбора (оказывать ли помощь) нет.
6	БЕЗЫСХОДНОСТЬ (Эта ситуация безнадежна: как я могу его (ее) заставить желать жить?)	Безысходность возникает из-за обилия предъявленных клиентом проблем или ситуаций, в которых консультанту нельзя потеряться – необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение.
7	ОТРЕЧЕНИЕ (В такой ситуации я вел бы себя так же)	Свидетельствует о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился клиент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.

Правила первой психологической помощи для психологов:

Правило 1. В кризисной ситуации пострадавший всегда находится в состоянии психического возбуждения. Это нормально. Оптимальным является средний уровень возбуждения. Сразу скажите пациенту, что вы ожидаете от терапии и как скоро можно ожидать успеха. Надежда на успех лучше, чем страх неуспеха.

Правило 2. Не приступайте к действиям сразу. Осмотритесь и решите, какая помощь (помимо психологической) требуется, кто из пострадавших в наибольшей степени нуждается в помощи. Уделите этому секунд 30 при одном пострадавшем, около пяти минут при нескольких пострадавших.

Правило 3. Точно скажите, кто вы и какие функции выполняете. Узнайте имена нуждающихся в помощи. Скажите пострадавшим, что помощь скоро придет: что вы об этом позаботились.

Правило 4. Осторожно установите телесный контакт с пострадавшим. Возьмите пострадавшего за руку или похлопайте по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Займите положение на том же уровне, что и пострадавший. Не оборачивайтесь к пострадавшему спиной.

Правило 5. Никогда не обвиняйте пострадавшего. Расскажите, какие меры требуется принять для оказания помощи в его случае.

Правила первой психологической ПОМОЩИ ДЛЯ ПСИХОЛОГОВ:

Правило 6. Профессиональная компетентность успокаивает. Расскажите о вашей квалификации и опыте.

Правило 7. Дайте пострадавшему поверить в его собственную компетентность. Дайте ему поручение, с которым он справится. Используйте этот факт, чтобы убедить его в его собственных способностях, чтобы у пострадавшего возникло чувство самоконтроля.

Правило 8. Дайте пострадавшему выговориться. Слушайте его активно, будьте внимательны к его чувствам и мыслям. Пересказывайте позитивное.

Правило 9. Скажите пострадавшему, что вы останетесь с ним. При расставании найдите себе заместителя и проинструктируйте его о том, что нужно делать с пострадавшим.

Правило 10. Привлекайте людей из ближайшего окружения пострадавшего для оказания помощи. Инструктируйте их и давайте им простые поручения. Избегайте любых слов, которые могут вызвать у кого-либо чувство вины.

Правило 11. Постарайтесь оградить пострадавшего от излишнего внимания и расспросов. Давайте любопытным конкретные задания.

Правило 12. Если стресс является тем, с чем постоянно работает психолог, то он может негативно сказаться и на нем. Возникающее в ходе такой работы напряжение имеет смысл снимать с помощью релаксационных упражнений и профессиональной супервизии. Группы супервизии должен вести профессионально подготовленный модератор.

Дебрифинг в фазе постсуицида

- ПРОВОДИТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНО
- В процессе беседы важно развенчать романтический ореол вокруг суицидента, представить суицид ошибкой, которую нельзя исправить, дать возможность высказать мнение по этому поводу каждому учащемуся, проговорить о чувствах каждого из присутствующих, о чувствах родных и близких погибшего, снять чувство вины у детей, а так же прояснить, какие существуют конструктивные способы решения проблемных ситуаций.
- Необходимо помнить, что смерть в близком окружении является острым провоцирующим фактором психического заражения по механизму подростковой реакции имитации, поэтому в классе, где произошел суицид необходимо в течение месяца соблюдать щадящий учебный режим, создавать атмосферу эмоционального принятия.
- Важной частью работы в фазе постсуицида является просветительская работа с родителями.
- Педагогам в случае суицида ученика так же необходима помощь психолога, которая позволит снять чувство вины и предотвратить эмоциональное выгорание.

Психологический дебрифинг

групповая форма работы по отреагированию, переработке и минимизации последствий чрезвычайных и экстремальных ситуаций

интервенция, направленная на оказание помощи лицам, пережившим психотравмирующие ситуации

вариант неотложной психологической помощи при острой психической травме

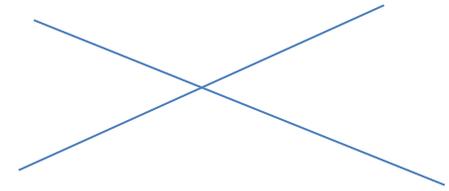
Дж.Митчелл. 1983 ДСКИ

Цель ПД – переработка впечатлений и реакций пациента сразу после травматического инцидента.

- ✓ снижение первоначального дистресса
- ✓ предотвращение отсроченных психологических нарушений, в том числе ПТСР
- ✓ выявление людей, нуждающихся в помощи и оказание этой помощи на раннем посттравматическом этапе



Психологический дебрифинг психотерапия



Кризисная интервенция

Профилактика последствий
экстремальной ситуации



Акцент на «проблеме» (актуальной ситуации)

Акцент на нормализации состояния

«Нормальная реакция в ненормальной ситуации»



Объекты психологического дебрифинга

Люди, пережившие
различные
травматические
события

Родственники
пострадавших

Работники служб
спасения

Работники,
оказывающие
психологическую
помощь

«Свидетели травматического события»

Задачи дебрифинга

- создание доверительной безопасной атмосферы
- проработка впечатлений, реакций и чувств
- когнитивная организация переживаемого опыта
- уменьшение индивидуального и группового напряжения
- уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций
- мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов
- подготовка к переживанию отсроченных реакций

Теоретические основания дебрифинга

- БСН-модель (модель «близости, срочности и надежды»)
- Групповая психотерапия
- Кризисная интервенция
- Нарративная традиция
- Терапия горевания
- Когнитивно-бихевиоральная терапия
- Психологическое обучение
- Катарсис
- Эклектическая модель

Организация процесса

- Количество участников – около 15 человек, участвующих в одной экстремальной ситуации (возможно включение их родственников).
- Время. Через 26-48 часов после события.
- Место. Небольшая уютная комната, изолированная от внешних вмешательств.
- 2 ведущих (ведущий и ассистирующий).



Стадии дебрифинга (по Дирегрову)

- Введение (информирование о целях, задачах, правилах).
- Предсказуемость и факты (восстановление фактической стороны события).
- Мысли и впечатления.
- Эмоциональные реакции.
- Нормализация.
- Планирование будущего.
- Завершение.



Внутренние механизмы психологического дебрифинга

- Эмоциональное отреагирование
- Когнитивное переструктурирование
- Переработка и закрытие прошлого



Исследования эффективности дебрифинга

MEDLINE, EMBASE, PsycLIT, PILOTS, Biosis, Pascal, Health и др.

Индивидуальный дебрифинг.

Hobbs (1996). 106 человек после автокатастрофы. Ухудшение некоторых показателей в экспериментальной группе.

Lee (1996). 21 женщина с выкидышем на 6-19 неделе беременности. Различий нет.

Bisson (1997). 130 пациентов с ожоговыми травмами. Ухудшение некоторых показателей в экспериментальной группе.

Методы работы с суицидальным поведением

- диагностика
- индивидуальные психокоррекционные беседы
- групповая психотерапия
- суггестивные программы.

ГРУППА РИСКА

Дети с повышенной тревожностью
Дети с повышенной агрессивностью
Дети с повышенной депрессивностью
Дети с низким уровнем адаптации

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

ИГРОВАЯ ТЕРАПИЯ

-Игры- драматизации
-Психологические игры

-отреагирование проблемы;
-принятие ребенком себя;
-нахождение конструктивных способов решения

УГЛУБЛЕННАЯ ЛИЧНОСТНАЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА РЕБЕНКА

ИНДИВ-НОЕ
КОНСУЛЬТИР
ОВАНИЕ
ПЕДАГОГОВ

ИНФОР-ИИЕ О
ЗОНЕ
КОНФЛИКТА И
ПОМОЩЬ ВО
ВЗАИМОДЕЙСТВИ
И С РЕБЕНКОМ

ИНДИВ-НОЕ
КОНСУЛЬТИ
РОВАНИЕ
РОДИТЕЛЕЙ

АРТТЕРАПИЯ

- Изотерапия
- куклотерапия

-Устранение страхов;
-снятие агрессии
- снятие повышенной тревожности

МУЗЫКОТЕРАПИЯ

-Использование
музыки в целях
релаксации

-Снятие
эмоционального
напряжения;
-психоэмоциональная
разгрузка

Психодиагностика суицидального риска

- Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)
- Шкала суицидальной интенции А. Бека
- Методика определения степени риска совершения суицида
- Карта риска суицидальности
- Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983)
- Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)
- Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al., 1974)
- Шкала депрессии А. Бека
- Тест «Суицидальная мотивация» (Ю.Р.Вагин, 1998)
- Тест «Противосуицидальная мотивация» (Ю.Р.Вагин, 1998)

Обучение осознанности

- 1. Расцепление / неслияние: дистанцирование от бесполезных мыслей, убеждений и воспоминаний, и последующее их отпускание.
- 2. Принятие: предоставление пространства для болезненных чувств, желаний и ощущений, позволение им приходить и уходить без усилий.
- 3. Связь с настоящим моментом: полное взаимодействие с опытом здесь и сейчас, с отношением открытости и заинтересованности.
- 4. Всеобъемлющее осознание: доступ к всеобъемлющему переживанию себя, к трансцендентному аспекту Я, осознающему мысли и чувства как текущий опыт, но не отождествляющемуся с ними.

Терапия принятия ответственности (Hayes et al., 1999)



Основные формы групповой работы при суицидальном и самоповреждающем поведении у подростков

- 1. Группа психологической поддержки родителей подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением.
- 2. Психообразовательная программа для родителей подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением, ставящая своими целями повышение осведомленности родителей по основным вопросам превенции самоубийств.
- 3. Психотерапевтическая группа для подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением
- 4. Психотерапевтическая группа для подростков (смешанная).
- 5. Группы социально-психологического тренинга (в т.ч. группы личностного роста) для подростков коррекции негативных реакций окружения, профилактики

Психологические тренинги по профилактике суицида

- 15-17 февраля 2017г. на базе МБОУДО ЦППМСП «Саторис» прошёл тренинг «Суициды и несуйцидальное самоповреждающее поведение у подростков»
- Ведущая: Алексеева И.А., психолог, генеральный директор Санкт-Петербургского фонда кризисной психологической помощи детям и подросткам «Новые шаги», преподаватель Института практической психологии «Иматон» (г. Санкт-Петербург, г. Уфа).
- Семинар-тренинг по теме: «Причины суйцидального поведения учащихся и профилактика конфликтов между детьми и взрослыми» (г. Владивосток, 2016)
- Семинары-тренинги для педагогов 8-11 классов «Причины подросткового суйцида: как спасти детей?» (г. Владивосток, 2016)
- Круглый стол «Учимся преодолевать жизненные трудности» (г. Зерноград, 2014). Целью данного мероприятия было формирование стрессоустойчивости несовершеннолетних, осознание ими ценности жизни: все в жизни можно исправить, пока ты жив. Присутствующим вручены информационные буклеты «Подростки и суйцид».

Суггестивная психотерапия, применяемая для коррекции функционального состояния организма суицидента

- При проведении курса может быть рекомендован следующий план:
- 1 сеанс - установление раппорта и углубление транса.
- 2 сеанс - дезактуализация психотравмирующих ситуаций.
- 3 сеанс - блокировка суицидальных тенденций.
- 4 сеанс – активизирующий с активизацией антисуицидальных тенденций.
- 5 сеанс - закрепляющий.
- 6 сеанс - поддерживающий.