



Министерство здравоохранения
Республики Коми

**Методические рекомендации
по профилактике и работе
в кризисных состояниях у детей**



Сыктывкар, 2012 г.



**КОМИ РЕСПУБЛИКАСА ЙӐЗЛЫСЬ ДЗОНЬВИДЗАЛУН ВИДЗАН МИНИСТЕРСТВО
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ В КРИЗИСНЫХ
СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ**

**Сыктывкар
2012 г.**

Методические рекомендации подготовили:

Бакланов В.В. – заместитель главного врача Государственного учреждения «Коми Республиканская психиатрическая больница»

Коротаева Ж.Е. – доцент кафедры неврологии и психиатрии Коми филиала Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования "Кировская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию" в г. Сыктывкаре.

Корректор:

Малышева О.В. – заместитель директора ГАОУ СПО РК «Сыктывкарский медицинский колледж им. И.П. Морозова».

Оглавление

Введение.....	4 – 5
1. Теоретические концепции суицидального поведения.....	6 – 10
2. Классификация и терминология суицидального поведения.....	10 – 14
3. Распознавание кризиса.....	14 – 18
4. Признаки суицидального поведения.....	19 – 22
5. Оценка суицидального риска.....	22 – 24
6. Стратегия кризисной помощи.....	24 – 29
7. Практическое консультирование.....	29 – 44
8. Помощь ребёнку, пережившему насилие.....	45 – 47
9. Освещение фактов завершённого суицида.....	48 – 51
Библиографический список.....	52 – 55

ВВЕДЕНИЕ

Жизнь человека в современном обществе характеризуется высокой информационной нагрузкой, бурным ростом материальных потребностей, чрезмерной индивидуализацией и пересмотром культурных и исторических ценностей на фоне снижения защитной функции семьи, утраты духовных ценностей. Результатом является рост депрессивных, тревожных и невротических расстройств. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), более 150 миллионов человек в мире страдают от депрессии, около 125 миллионов человек – от расстройств, связанных с употреблением алкоголя. На психические, неврологические и вызванные токсикоманией расстройства приходится 14% глобального бремени болезней. Развитые страны большое внимания вынуждены уделять вопросам сохранения психического здоровья, уделяя особое значение вопросам предупреждения самоубийств, особенно среди детей и подростков [23].

Уполномоченный по правам ребёнка при Президенте Российской Федерации П.А.Астахов в открытом письме к Президенту Российской Федерации «О суицидальной ситуации в среде несовершеннолетних» опубликованном в мае 2011 года отмечает омоложение состава суицидентов и указывает на высокую частоту завершённых суицидов несовершеннолетних в Российской Федерации за 2010 год – 3,9 случая на 100 тысяч детского населения. По данным ВОЗ, в странах мира частота суицидов в детском возрасте составляет от 0,4 до 1,5 случая на 100 тысяч (то есть в 2-8 раз ниже, чем в нашей стране), а в подростковом – 7,3 случая на 100 тысяч (в 2-7 раза ниже).

Не лучшим образом складывается ситуация с детскими и подростковыми самоубийствами в Республике Коми. Общая распространённость суицидов по Республике Коми за 2011 год составила

36,8 на 100 тыс. населения, против 23,4 по Российской Федерации в 2010 году.

По данным Комистат с 2008 года «самоубийства» по Республике Коми существенно «помолодели» и в настоящее время «пик» самоубийств у мужчин приходится на возраст 25 — 34 года, а у женщин — 15 — 24 года.

Суициды среди детей и подростков за последние 5 лет составляют от 2 до 4% в структуре всех самоубийств по республике (в 2011 г. - 2,1%). При этом в данной возрастной группе их частота снизилась за последние четыре года с 10,5 до 3,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, достигнув аналогичного показателя по Российской Федерации [15].

Опыт ряда стран показывает, что реализуемые в данном направлении мероприятия оказываются эффективными только в том случае, если они охватывают не только все слои населения, но и все сферы деятельности. Вопросы превенции суицидов относятся к междисциплинарным и межведомственным проблемам и не могут быть решены в рамках деятельности одного ведомства: здравоохранения, образования или социальной защиты. Решение данной проблемы возможно только при постоянном взаимодействии и тесном сотрудничестве органов правопорядка, культуры и спорта, средств массовой информации, с привлечением волонтеров.

Данное методическое руководство предназначено для специалистов, работающих с детьми и подростками, а так же волонтеров с целью подготовки их к оказанию первой психологической помощи людям, оказавшимся в кризисных ситуациях, и не может использоваться для профессиональной подготовки психологов.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ КОНЦЕПЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Знание теории суицидального поведения необходимо не только для общего изучения данного вопроса. Без этого невозможно понимание суицидального поведения, а, следовательно, своевременного распознавания его признаков и выбора необходимого метода помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии.

В настоящее время существует четыре концепции суицидального поведения:

- ✓ Социологическая концепция
- ✓ Биологическая концепция
- ✓ Психологические концепции
- ✓ Суицидальное поведение, как крик боли

Социологическая концепция была предложена французским социологом Эмилем Дюркгеймом (15.04.1858 — 15.11.1917). В социологическом этюде «Самоубийство», опубликованном в 1897 г., Эмиль Дюркгейм приводит следующие доводы: «определяющие мотивы, которым, правильно или неправильно, приписывается самоубийство, в действительности не являются настоящими его причинами. Доказательством этого утверждения является то обстоятельство, что относительное число случаев, приписываемое статистикой каждой из этих предполагаемых причин, остаётся почти неизменным, тогда как абсолютные числа, наоборот, подвергаются очень значительному изменению». Уровень самоубийств «выражается в волнообразных, последовательных и ясно различаемых движениях, совершающихся толчками, то усиливающимися, то приостанавливающимися, чтобы тотчас же начаться снова. Каждое общество в известный исторический момент имеет определённую склонность к

самоубийству». Поэтому, самоубийство следует рассматривать не как психологическую, а как социальную проблему [10].

Дюркгейм, совершенно справедливо заметил, что «предполагаемые мотивы самоубийства... указывают, по-видимому, на обстоятельства, непосредственно предшествовавшие совершению различного рода самоубийств» и сделал вывод: «То, что называется статистикой мотивов самоубийств, есть на самом деле не что иное, как статистика тех мнений, которые составляют себе по поводу этих мотивов чины, зачастую низшие чины полиции, обязанные собирать соответственные сведения».

Рассматривая суицид, как социальное явление, Э.Дюркгейм предложил три основные причины самоубийства:

- *Эгоистическое самоубийство* - вызванное чрезмерной индивидуализацией.

Эгоистическое самоубийство вызвано ослаблением внутренней связи группы, к которой принадлежит индивид (семья, религиозное сообщество и др.), и как следствие, повышением его независимости, преобладанием соображениями своего личного интереса, ощущением отсутствия обязательств перед другими членами общества. В сплочённом обществе индивидуальная воля служит интересам группы и при таких условиях индивид не может по своему усмотрению располагать своей жизнью. При ослаблении связи между членами группы, человек признается хозяином своей жизни, следовательно, при определённых обстоятельствах, он может положить ей конец.

Психологическое состояние – бесстрашие, апатия.

Мотивация – отсутствие смысла жизни.

- *Альтруистическое самоубийство* - вызванное чрезмерным альтруизмом, подчинённостью законам и устрою общества. Если с самого детства человек привыкает дёшево ценить «свою» жизнь и презирать людей,

слишком к ней привязанных, то вполне понятно и неизбежно, что он кончает с собой под влиянием самого незначительного предлога.

Альтруистическое самоубийство характерно для тоталитарного общества, в котором необходимо, чтобы индивид был воспитан в духе полного самоотречения и самоотвержения. Иллюстрацией может служить ритуальное самоубийство (харакíри или сэппуку) распространённое среди японских самураев, в случае неисполнения или невозможности исполнения своего воинского долга, воли или желания господина.

Психологическое состояние – страстная или волевая энергия.

Мотивация – смысл жизни вне её самой.

➤ *Аномическое самоубийство* - вызванное фрустрацией социальных или психологических потребностей.

Аномическое самоубийство обусловлено чувством несбывшихся надежд, крушением планов, потерей мнимого контроля над ситуацией, чувством, что земля уходит из-под ног и отчаянием.

Психологическое состояние – раздражение, отвращение.

Аномические самоубийства – самоубийства непризнанных людей.

Биологическая концепция суицидального поведения исходит из инстинктивной природы самоуничтожения, эволюционного характера самоубийства как «приспособительного» (хотя и не адаптивного) механизма освобождения от неполноценных, болезненных особей, элемента естественного отбора или же результата биохимической депрессии. Данная концепция основывается на принципах евгеники и не рассматривается в рамках данного руководства [16].

Психологическая концепция отводит ведущую роль в формировании суицидального поведения психологическим факторам. В развитие данной теории наибольший вклад внесли Зигмунд Фрейд (06.05.1856 – 23.09.1939), Карл Меннингер (22.07.1893 – 18.07.1990). В России, более 30 лет, изучению и развитию данной теории посвятила Айна

Григорьевна Амбрумова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением суицидологии Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, руководитель Всесоюзного суицидологического центра. Айна Григорьевна фактически является основателем российской суицидологии. Согласно предложенной ею теории, суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта. Разделяя всех суицидентов на больных психическими заболеваниями, пограничными нервно-психическими расстройствами и практически здоровых в психическом отношении лиц у всех суицидентов, независимо от их диагностической принадлежности, были обнаружены объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявляется изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. На основании этого были выделены потенциально опасные личностные особенности, в совокупности, приводящие к неполноценности психической деятельности и рассматриваемые как predisпозиционные суицидогенные факторы:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам;
- своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность, незрелость суждений), недостаточность механизмов планирования будущего;
- неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем;
- неадекватная личностным возможностям (заниженная, лабильная или завышенная) самооценка;
- слабость личностной психологической защиты;
- снижение или утрата ценности жизни.

Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, авторы определяли как predisпозиционные суицидогенные комплексы.

Методами их диагностики были определены клиническое наблюдение и психологическое обследование. В дальнейшем, под воздействием внешнего или внутреннего конфликта predisпозиционная фаза переходит в суицидальную [1].

Рассматривая суицидальное поведения подростка, А.Г.Амбрумова отмечала его обусловленность ситуационно-личностными реакциями и проявлением таких черт характера: импульсивность, эксплозивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость и несамостоятельность мышления [2].

Теоретическая концепция суицидального поведения, как крик боли была предложена Эдвином Шнейдманом (13.05.1918 - 15.05.2009). Согласно предложенной концепции, общим стимулом к самоубийству является бегство от невыносимой душевной боли, которая является результатом фрустрации основных метапотребностей – безопасности, привязанности и достижения. В отличие от боли физической, боль душевная является куда более стойким и сильным мотиватором прекращения сознания. К примеру, воспоминания о физической боли не несут страданий, тогда как воспоминания о полученной душевной травме, каждый раз вызывают те же мучительные переживания [25].

2. КЛАССИФИКАЦИЯ И ТЕРМИНОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

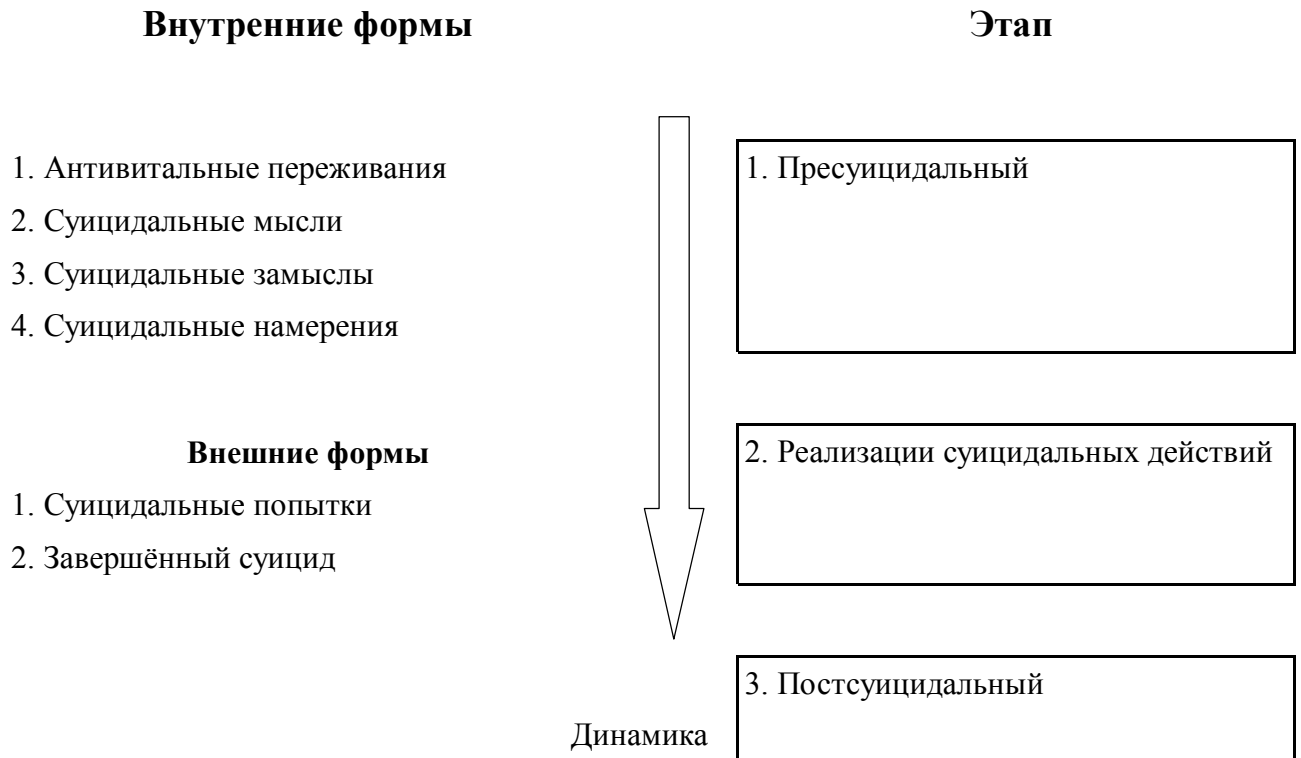
Одним из последствий кризиса, а точнее, деструктивного разрешения кризисной ситуации является суицид. В русском языке самостоятельный термин «самоубийство» появился в 1704 г. в «Лексиконе треязычном», который был составлен наставником славяно-греко-латинской школы, редактором первой русской газеты и директором Московской типографии Федором Поликарповым-Орловым. Термин «суицид» впервые был

использован в книге Thomas Brown's «Religio Medici», написанной в 1635 г. и напечатанной в 1642 г. По определению ВОЗ (2001 г.) самоубийство – это результат сознательных действий со стороны определённого человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода [27]. Поскольку определение ВОЗ подразумевает способность суицидента осознавать характер своих действий и их последствия, оно оказывается неприменимым в отношении лиц, страдающих некоторыми формами психических расстройств. Тем не менее, статистика здравоохранения рассматривает подобные случаи, как самоубийство. Определение Американской психиатрической ассоциации (2006 г.) является более обобщающим: суицид – причинение смерти самому себе с наличием доказанных намерений (явных или неявных) умереть [26].

Обобщая различные предлагаемые на настоящее время определения можно выделить основные характеристики, позволяющие рассматривать отдельные факты рискованного поведения, либо нанесение различного характера самоповреждений, как суицид: действие, или бездействие со стороны определённого лица, имеющее целью наступление собственной смерти.

Суицидальное поведение — это любые внутренние (включая вербальные) и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [12].

В настоящее время большинство авторов придерживаются классификации суицидального поведения, в которой выделяют внутренние формы, соответствующие пресуицидальному этапу, и внешние, отражающие реализацию суицидальных действий, а так же постсуицидальный период (Рис. 1) [13].



**Рисунок 1. Клиническая классификация суицидального поведения
(П.Б.Зотов, С.М.Уманский, 2011 г.)**

Антивитальные переживания — самый ранний этап суицидальной динамики. Их формирование начинается с утраты «желания жить» и ожидания близкой смерти от естественных причин. Данная форма поведения проявляется высказываниями: «устал так жить...», «кто бы знал, как надоело мучиться...», «порой хочется уснуть и не проснуться...».

Суицидальные мысли — следующий этап в развитии суицидального поведения. Высказывания принимают характер размышления, аутонаправленности: «может быть лучше будет застрелиться...», «наверное, всем будет легче, если я умру...». На этом этапе человек взвешивает все «за» и «против», пытается установить приемлемость самоубийства для себя.

Именно на этом этапе наиболее важна диагностика суицидального поведения и психотерапевтическая коррекция с целью выявления и устранения факторов риска и, напротив, «включение» сдерживающих факторов, как:

- поддержка семьи, друзей, других важных в жизни человека людей;
- религиозные, культурные и этнические ценности;
- участие в жизни общества;
- приносящая удовлетворение жизнь в обществе;
- социальная интеграция, например, через рабочую деятельность, конструктивное использование досуга;
- наличие доступа к услугам по охране психического здоровья.

К сожалению, именно на поддержку семьи, близких людей, в настоящее время приходится рассчитывать менее всего. Бремя психологической поддержки чаще всего в данном случае ложится на постороннее лицо – друзей, одноклассников, коллег по работе, учителей, реже – профессиональная поддержка психолога или психотерапевта.

Суицидальные замыслы. На данном этапе решение принято: жить не стоит. Продумывается способ и время совершения самоубийства. Часто для реализации суицидальных замыслов требуется определённый «внешний ключ» – психологическое образование, приводящее к реализации выработанного плана. Данный «внешний ключ» может быть как спонтанным — выявление тяжёлого заболевания, смерть родственника и т. п., так и выделенное человеком индивидуально в значимое для себя событие: «если узнаю, что у него кто-нибудь есть — отравлюсь!» Здесь стоит вспомнить утверждения Э.Дюркгейма о роли событий, непосредственно предшествующих самоубийству, которые зачастую принимаются за их причину.

Суицидальные намерения — заключаются в поиске условий для реализации замыслов. Способ самоубийства выбран. «Внешний ключ» сработал и запустил программу реализации. Именно к данной стадии суицидального поведения можно отнести так называемые «улыбающиеся» депрессии, когда настроение человека, принявшего твёрдое решение о

самоубийстве, субъективно значительно улучшается, поскольку он нашёл выход из кажущегося ранее безвыходного положения. В этом «радостном» состоянии он нередко может выражать свою благодарность за оказанную помощь. Данный этап наиболее труден при диагностике, но именно на этом этапе происходит подготовка к реализации замысла: приобретение оружия, медикаментов, «завершение» текущих дел, выбор подходящего момента и создание условий для их реализации.

3. РАСПОЗНАВАНИЕ КРИЗИСА.

Согласно определению, предложенному А.Г. Амбрумовой и А.М. Полеевым (1986) *кризисное состояние* – это психическое (психологическое) состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму (вследствие резкого изменения образа жизни, внутриличностной картины мира) или находящегося под угрозой возникновения психотравмирующей ситуации.

Кризисное состояние проявляется выраженными отрицательными эмоциями, ощущением безысходности, неадекватной оценкой происходящего, уменьшением способности к принятию решения, резко заниженной самооценкой, нарушением поведения, агрессией и импульсивностью. Все эти проявления могут сопровождаться слабостью, разбитостью, приступами сердцебиения.

Одним из ключевых звеньев по предупреждению самоубийств является распознавание ранних признаков психологического неблагополучия на рабочем месте или в образовательном учреждении и оказание своевременной психологической поддержки. Кроме того, традиционно предвзятое отношение к психиатрической помощи в России является труднопреодолимым барьером на пути к профессиональной помощи. Даже при наличии понимания со стороны одного из родителей о необходимости

квалифицированной психотерапевтической помощи ребёнку, требования «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» к наличию согласия *обоих* родителей приводит к длительной бюрократической, а порой и судебной процедуре получения данного разрешения. Поэтому ключевая роль в выявлении кризисного состояния и оказания первой психологической помощи должна лечь на ближайшее окружение – именно коллектив должен взять на себя ведущую роль в поддержке каждого его члена, будь то профессиональное сообщество, учебная группа или семья. Педагогический работник должен не только владеть методиками распознавания и первой психологической помощи в кризисе, но и привлечь к этому каждого члена педагогического коллектива, учащихся, стимулировать обучением внимательное и бережное отношение друг к другу, поскольку именно это и является наиважнейшим звеном сохранения психического здоровья общества и предупреждения самоубийства.

Особое внимание, должно уделяться раннему выявлению депрессивных расстройств, поскольку риск самоубийства при депрессии увеличивается в несколько раз и особенно высоким является в случаях, когда имеют место частые колебания настроения. Ранее считалось, что депрессии у детей быть не может, однако, проведённые исследования показали, что депрессивные расстройства могут проявляться уже на первом году жизни.

Распознавание депрессии осуществляется на выявлении основных и вспомогательных признаков расстройства [28]. К основным симптомам депрессии относятся:

1. пониженное, тоскливое настроение, ранее не характерное для данного человека, существующее большую часть дня;
2. потеря интересов или удовольствия от деятельности, ранее доставляющей удовольствие;
3. упадок сил или повышенная утомляемость.

К косвенным признакам относятся следующие, ранее не присущие данному индивидууму проявления:

1. неуверенность в себе или снижение самооценки;
2. необоснованное самообвинение или чрезмерное и неуместное чувство вины;
3. повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве или любые проявления суицидального поведения;
4. признаки затруднения мышления или концентрации внимания;
5. мрачные и пессимистические представления о будущем;
6. любые нарушения сна;
7. изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующим изменением массы тела.

При беседе обращают на себя внимание жалобы на ощущение тоски, угнетённости, чувства безнадежности, апатии. Меняется облик и общий стиль поведения, выражение лица, мимические движения, темп речи. Можно заметить неловкость и замедленность движений, невыразительность жестов, безразличие (вплоть до неряшливости) к внешнему виду.

Особенностью проявления депрессии у детей является:

- *Эмоциональная лабильность* – неустойчивость настроения, склонность к его колебаниям, лёгкость и быстрота перехода от положительных эмоций к отрицательным и наоборот, взрывчатость (эксплозивность) – склонность к гневной раздражительности, иногда с агрессией и разрушительными действиями.
- *Повышенная слезливость*, тем более выражена, чем младше ребёнок.

Периоды слезливости и подавленности у детей чередуются со вспышками агрессии, проявляющейся в брани и драчливости, в сочетании с поведенческими нарушениями: от антидисциплинарных поступков до тяжёлых форм девиантного поведения (пропуски занятий, отказ от

посещения школы, драки, уход из дома, употребление наркотических веществ, ранние сексуальные связи, криминальные действия). *Необходимо помнить, что эти изменения являются личностными защитными реакциями ребёнка, наступающими в ответ на невозможность по-прежнему усваивать школьную программу, свободно держаться в детском коллективе, на неадекватные дисциплинарные меры воздействия, к которым прибегают взрослые из-за непонимания болезненного состояния ребёнка.*

Характерными чертами детской депрессии является:

- нарастание моторного возбуждения к вечеру;
- возникновение приступообразных состояний речевого и двигательного возбуждения с безудержным движением, плачем, криком, агрессивными и суицидальными тенденциями;
- состояния с мучительными телесными ощущениями и острым страхом смерти, протекающие с двигательным беспокойством, реже – с обездвиженностью.

У младших школьников депрессии чаще проявляются страхами, капризностью, вялостью, эмоциональной неустойчивостью, возможны слезливо-раздражительные реакции и соматические расстройства (нарушения сна, энурез, боли в животе, снижение аппетита) или реже – злобность, агрессивность. Переживания тоски выражены редко. Часто возникают затруднения при выполнении домашнего задания при успешном обучении в предшествующий период. Появляется несвойственная ребёнку медлительность [14].

Дети жалуются на отсутствие аппетита, повышение температуры и различные болевые ощущения. Патологические телесные ощущения настолько выражены и массивны, что на долгое время заслоняют собой депрессивную симптоматику.

В младшем школьном и препубертатном возрасте больным депрессией свойственны жалобы на головную боль. При депрессивных расстройствах

могут случаться состояния затрудненности дыхания с ощущением неполноты или невозможности вдоха, появиться расстройства, имитирующие неврологическое заболевание: невозможность стоять, нарушение чувствительности кистей рук с невозможностью писать, боли в ногах с нарушением походки, нарушение зрения, слуха, головные боли с головокружением, нарушением координации движений и кратковременными обморочными состояниями. Все эти расстройства не являются постоянными, а носят приступообразный характер [30].

Необходимо отметить, что подростки, в отличие от взрослых, сопоставляющих своё состояние с прежним собственным опытом, чаще сравнивают себя со своим окружением – сверстниками. Тревога является наиболее частым вариантом депрессивного настроения в данном возрасте и характеризуется ощущением внутреннего тягостного беспричинного, бессодержательного беспокойства, предчувствия опасности. Со временем происходит трансформация беспредметной тревоги в конкретный страх (например, страх остаться одному на всем свете, страх того, что будет война). Тревога нарастает вечером и ночью и сопровождается двигательным возбуждением и иллюзорным обманом восприятия (чувством присутствия постороннего и т.п.).

Чем старше возраст, тем больше вероятность формирования идей самообвинения, осуждения, переживания вины перед родителями, братьями и сёстрами, учителями («Мучаю родителей», «Подвожу друзей», «Обманываю своих родных... Скоро всё откроется»...). Нередки формирования различных социальных фобий, проявляющихся в уединении, пропусках школы, а так же пробы алкоголя и наркотических средств.

4. ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

В распознавании суицидального поведения основную роль играет наличие речевых, поведенческих и ситуационных признаков [31].

Речевые признаки:

✓ Непосредственные заявления типа "Я подумываю о самоубийстве", "Было бы лучше умереть" или "Я не хочу больше жить".

✓ Косвенные высказывания [22], например:

<i>«Вам не придётся больше обо мне беспокоиться»;</i>	<i>«Я никому не нужен»;</i>
<i>«Мне все надоело»;</i>	<i>«Я хочу покончить со всем этим».</i>
<i>«Они пожалеют, когда я уйду»;</i>	<i>«Брошусь в реку»;</i>
<i>«Нет сил бороться»;</i>	<i>«Все не важно»;</i>
<i>«Нет справедливости»;</i>	<i>«Все потеряно»;</i>
<i>«Никогда не вернуть того, что было»;</i>	<i>«Все против меня»;</i>
<i>«Никогда не прощу себе»;</i>	<i>«Дальше будет ещё хуже»;</i>
<i>«Никто меня не понимает»;</i>	<i>«Деваться некуда»;</i>
<i>«Никто не вспомнит обо мне»;</i>	<i>«Мне теперь все равно»;</i>
<i>«С меня хватит!»;</i>	<i>«Жизнь потеряла смысл»;</i>
<i>«Хорошо бы умереть»;</i>	<i>«За что Вы так меня мучаете?»;</i>
<i>«Это конец»;</i>	<i>«Заснуть бы и не проснуться»;</i>
<i>«Я не буду проблемой для тебя больше»;</i>	<i>«Как-нибудь выберусь из всего этого»;</i>
<i>«Я не увижу тебя больше»;</i>	<i>«Лучше бы я вообще не родился»;</i>
	<i>«Лучше застрелиться»;</i>
	<i>«Мне не вынести этого позора»</i>

Такие выражения являются, своего рода, криком о помощи, с помощью подобных заявлений человек ищет поддержку, ещё надеется, может быть, быть услышанным. На эти и подобные заявления нужно обязательно

отреагировать, что бы потом не сожалеть об упущенной возможности спасти человека.

✓ Намёки на смерть или шутки по этому поводу.
Многозначительное прощание с другими людьми.

При анализе речи необходимо обращать внимание на следующие признаки [7]:

- прямые высказывания, а также оговорки или незавершенные мысли, отражающие суицидальные тенденции;
- выраженный эгоцентризм в восприятии реальности;
- наличие множества глаголов директивного характера, особенно сочетающихся с идеями самообвинения: «Я не должен был этого делать...», «Мне следовало предупредить...», «Я должен был заботиться о...»;
- выпадение из речи отдельных слов и словосочетаний, описывающих положительные эмоции, таких как «ощущаю себя счастливым», «испытать счастье» и др.;
- явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонации и т. д.

Поведенческие признаки:

- ✓ Изменение настроения, проявляющееся в форме:
 - снижения настроения с потерей интереса к жизни,
 - раздражительности,
 - угрюмости,
 - замкнутости,
 - приступы эйфории или отчаяния.
- ✓ Неприятие похвал и наград.
- ✓ Фокусировка на нездоровой или смертельной теме. Интерес к кровавым сценам или сценам с участием трупов и тому подобное. Наличие чувства «гнилости изнутри». Коллекционирование и дискутирование

информации о методах самоубийства. Фиксация внимания на примерах самоубийства: неоднократное обращение к теме смерти в литературе и живописи, «зависание» в Интернете на сайтах, касающихся смерти, несчастий, вариантов самоубийств.

- ✓ Предпочтение грустной музыки и песен.
- ✓ Нехватка жизненной активности, вялость и апатия.
- ✓ Нарушение внимания, неспособность сконцентрироваться и принимать решения.
- ✓ Нарушение взаимоотношений со сверстниками, близкими, учителями.
- ✓ Самоизоляция от семьи и любимых людей.
- ✓ Нарушение аппетита, сна.
- ✓ Употребление алкоголя или наркотиков.
- ✓ Утрата интереса к окружающему, к любимым занятиям, «хобби».
- ✓ Приведение в порядок своих дел.
- ✓ Отказ от личных вещей, раздаривание любимых игрушек.
- ✓ Стремление к рискованным поступкам, играм.
- ✓ Появление прогулов школы, побеги из дома, бродяжничество.
- ✓ Появившееся пренебрежение правилами личной гигиены и уходом за внешностью.
- ✓ Скучные планы на будущее или их отсутствие.
- ✓ Стремление к тому, чтобы их оставили в покое, что вызывает раздражение со стороны других людей.

Ситуационные признаки:

- ✓ Любое заметное изменение личной жизни, в любую сторону.
- ✓ Для девушек – взаимоотношения с мужчиной старшего возраста.
- ✓ Смерть любимого человека.
- ✓ Недавняя перемена места жительства.
- ✓ Семейные неурядицы (антисоциальный образ жизни, развод)

- ✓ Неприятности с законом.
- ✓ Коммуникативные затруднения.
- ✓ Проблемы со школой или занятостью.
- ✓ Социальная изоляция, особенно от семьи или друзей.
- ✓ Хроническая, прогрессирующая болезнь.
- ✓ Нежелательная беременность.

Эти признаки почти всегда на виду, но не является основным, а скорее косвенным.

Помните, что сложившаяся ситуация чаще всего следствие, представляемое как повод, но не причина.

5. ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

При наличии признаков суицидоопасного поведения ребёнка, подростка необходимо установить этап и соответствующую данному этапу внутреннюю форму суицидального риска. Недооценка степени опасности может иметь непоправимые последствия. Чёткое знание критериев опасности суицида поможет выбрать верную тактику и своевременно обратиться за квалифицированной помощью.

К критериям оценки суицидального риска относятся:

- ✓ Обстоятельства самоповреждения
- ✓ Выраженность суицидального намерения.

На серьезность намерений самоубийства указывает:

- попытка самоубийства совершается в уединении;
- в такое время, когда вмешательство маловероятно;
- суицидентом приняты меры предосторожности, чтобы избежать обнаружения;
- сделаны или совершаются приготовления в ожидании смерти;

- окружение заранее информировано о намерениях индивидуума (рассылка писем или телеграмм дальним родственникам или друзьям, соседям. Друзьям или знакомым назначаются встречи или делаются под различными предлогами предложения посетить место предполагаемого самоубийства через несколько часов после намеченного времени и т.п.);

- всестороннее предварительное обдумывание;
- оставлена записка самоубийцы;
- место и время запланировано так, что вслед за эпизодом не удаётся своевременно поднять по тревоге других людей [8].

Уточнить степень угрозы можно, задав прямые вопросы о суицидальных намерениях. Помните, что подобные вопросы не приводят к суицидальным попыткам и не увеличивают их опасность. Напротив, они могут помочь установлению контакта, путём осознания, что Вы понимаете проблему. При этом надо помнить, что расспрашивать о суицидальных идеях, нужно открыто и прямо, воспринимая их всерьёз как выражение острой душевной необходимости. Убедившись в наличии суицидальных замыслов целесообразно осведомиться, «решил ли он (она) как и когда осуществит свои намерения». При получении положительного ответа на данный вопрос необходимо использовать все доступные средства для оказания квалифицированной помощи и, ни в коем случае, не оставлять подростка одного.

На настоящий момент разработано достаточно большое количество различного рода опросников:

- Суицидологическая карта В.А. Тихоненко и А.Н. Дурнова (1978),
- Список вопросов для оценки суицидальности (Poldinger, 1982),
- Карта для определения степени суицидального риска (Н.В. Конончук, 1983),

- Опросник для больных с суицидальными тенденциями (Н. Пезешкиан , 1996),
- Опросник для определения риска суицида Любан-Плоцца с соавт. (2000),
- Колумбийская шкала Оценки Тяжести Суицида (Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)),
- Шкала суицидального риска Лос-Анджелесского суицидологического центра и другие.

Однако не одна из них не разрабатывалась целенаправленно для работы с детьми и подростками, и их применение осуществляется, преимущественно, в эксперименте, либо, как вспомогательный прогностический метод.

6. СТРАТЕГИЯ КРИЗИСНОЙ ПОМОЩИ.

Кризисная интервенция — это экстренная психологическая помощь человеку, находящемуся в состоянии кризиса [21]. Она базируется на принципах краткосрочности, реалистичности, личностной вовлеченности профессионала или добровольца кризисной помощи и контроля, основанного на точной оценке психологического состояния.

В беседе с подростком не должно быть места приукрашиваниям или недооценкам, следует так же избегать излишней драматизации и помнить, что ответственность за действия и принятие решения всегда в данной ситуации всегда лежит на педагоге и не может быть делегирована.

Задача кризисного вмешательства:

- Снизить остроту переживаний.
- Нивелировать ощущение «одинокости перед проблемой».
- Поддержать «Образ Я».

- Вернуть ощущение контролируемости ситуации («можно попробовать ещё что-то сделать»).

К основным принципам кризисной интервенции относятся:

1. Установление эмпатического контакта. Это важнейшее условие кризисной помощи. В совокупности с применением приёмов «активного слушания», отказом от оценки действий собеседника он способствует прочному установлению психологического контакта.

2. Безотлагательность. Кризисное вмешательство должно осуществляться немедленно и при достаточном запасе времени.

3. Высокий уровень активности консультанта. Необходимо проявлять максимальную активность в установлении контакта с человеком, переживающим кризис, и в сборе информации, чтобы как можно скорее оценить ситуацию и наметить план действий.

4. Ограничение целей. Ближайшая цель кризисной интервенции — предотвращение катастрофических последствий. Основная цель — обучение использовать адаптивные способы преодоления кризиса и восстановление психологического равновесия. При высоком уровне суицидального риска недопустимо планирование на долгосрочную перспективу. Задачи должны устанавливаться и решаться на минуты, максимум часы, последующие за вашей беседой.

5. Поддержка. При работе по преодолению кризиса, в первую очередь, должна быть обеспечена поддержка собеседника.

6. Фокусированность на основной проблеме. Кризисное вмешательство должно быть достаточно структурированным, чтобы помочь сосредоточиться на решении основной проблеме, приведшей к кризису.

7. Уважение. Ребёнок, подросток, переживающий кризис, должен восприниматься педагогом, как вполне самостоятельный, стремящийся обрести уверенность в себе человек, способный самостоятельно разрешить навалившуюся на него проблему.

Необходимо помнить, что состояние практически любого человека, находящегося в кризисе характеризуется, прежде всего, общей дезорганизацией, утерей ощущения границ между собственным «Я» и внешними обстоятельствами, независящими от него.

Существуют четыре основные формы нарушения контакта, приводящие к самоубийству [20]:

Принятие в себя внешних причин и установок (интроекция):

Подросток принимает имеющие внешнее происхождение ценности, стандарты, нормы или правила и заменяет собственное стремление желанием другого человека или группы, создавая внутреннюю структуру, обязательный для себя стереотип поведения. При этом создаётся определённая внутренняя структура, обязательный стереотип поведения и таким образом утрачивается возможность самостоятельно изменить ход событий.

Распознавание происходит на основании употребления по отношению к себе форм повелительного наклонения, плакатных и лозунговых фраз («Я ничего не стою»), в которых преобладают «надо» и «должен» («Я должен пожертвовать собой ради...», «Мне нужно пострадать»), а также использования местоимения «я» в то время, когда речь идёт о «мы».

Поведение такого подростка отличается двусмысленностью: на поверхности видна маска послушного, доброго и порядочного человека, за которой скрывается удивительная агрессия или энергия саморазрушения. («Я от себя требую, и Вы мне должны»).

Помощь таким подросткам - клиентам состоит в реанимации собственного «Я», возвращения ощущения, что собственный выбор возможен посредством усиления границы между «я» и «ты».

Перекладывание внутренних причин на внешнее окружение (проекция):

Ребёнок, подросток реально «принадлежащее» ему приписывает окружающей среде. Обычно это желания или эмоции, за которые человек не

хочет брать ответственности. Происходит отвержение некоторой реальной части своего «я». Не признавая эти части в себе, ребёнок начинает находить их в других людях. Опасность, как и в первом случае, заключается в отказе от возможности самому повлиять на ситуацию.

Распознавание происходит на основании ухода от выражения своих чувств и желаний путём приписывания их другим людям («Это не я – это ОНИ», «Меня (ОНИ) недооценивают»), обществу («Нет смысла жить в этом отвратительном мире») или каким-либо травматическим обстоятельствам своей жизни («После того, что случилось, я полностью утратил надежду»). Местоимение «Я» заменяется на «ОНО» или «ОНИ».

Поведение отличается такими чертами, как недоверие, подозрительность и, нередко, жестокость. Проявляют склонность к возмущению, агрессии или выбору в суицидальной ситуации наиболее brutальных способов саморазрушения, оставляющих мало возможностей для спасения.

Коррекция. Установление и всемерное поддержание отношений доверия, которые оказываются серьёзно нарушенными, что приводит к одиночеству. Обращение внимания на реальное существование шанса выхода за пределы порой грандиозной системы проекций, обуславливающей суицидальное поведение, и несомненное принятие и одобрение соответствующего действия значимым окружением.

Замыкание (возврат) в себе (ретрофлексия):

Ребёнок, подросток останавливает цикл контакта непосредственно перед осуществлением конкретного действия. Формируется поддерживаемая заботящимся окружением замкнутая личностная система, в которой большинство чувств или желаний остаётся внутри: человек сам себя любит, ненавидит или ведёт с собой нескончаемый внутренний диалог. Как правило, сопровождается идеями самообвинения, так ребёнок может винить себя в разводе родителей.

Преобладающий стиль поведения состоит в том, что он делает самому себе то, что хотел бы сделать другому человеку (или получить от него). Распознается на основании высокого, монотонного голоса, возвратных движений, употребления возвратных частиц «ся» и местоимения «себя» («Я сам во всём виноват», «Я всем мешаю», «Главный враг - это я сам», «Я себе омерзителен») и стремлением к избыточному контролю.

Поведение такого ребёнка характеризуется стремлением отгородиться от актуальной ситуации, уйти от разговора.

Помощь при ретрофлексии включает тщательное соблюдение баланса разочарования (побуждение к действию) и поддержки (преодоление настороженности) подростка, склонного к депрессии и наполненного энергией саморазрушения.

Слияние (конфлюенция). Является особенно важным при суицидальном поведении в молодом возрасте, когда возникает высокая степень слияния с родителями или группой, в частности, принадлежащей деструктивному культу. При разрушении связываемых с этим значимым объектом надежд происходит стирание границы между собственным «Я» и окружающим миром. Часто проявляется безотчётными тревожными состояниями, порождёнными некоторой неясностью сознания, проявляющегося безразличием к происходящему, собственной будущему, становится все равно – жить или не жить, бороться или умереть, так как всё теряет смысл.

Распознавание данной формы происходит на основе употребления безличных форм предложений («Как-то грустно», «На душе тяжело»), утверждений в третьем лице («Люди довольно часто оказываются в невыносимых ситуациях»), в результате чего возникает неясность относительно его реальных чувств, потребностей и желаний.

Поведение. Такой подросток излишне быстро вступает в диалог, не особенно разбираясь в сущности происходящего, не желает прояснения

ситуации. Отмечаются отсутствие уважения к индивидуальным различиям, свидетельствующее о снижении самооценки, и чрезмерные агрессивные реакции при их обнаружении в ходе консультирования. Возможны неожиданные, импульсивные поступки, в том числе и суицидальные, на фоне кажущегося безразличия.

Помощь заключается в мягкой, деликатной и ненавязчивой стратегии контакта, использовании различения «моё» — «не моё» и его систематической вербализации. Осознание, что существуют потребности и чувства, принадлежащие только ему, и их наличие не обязательно создаёт опасность разобщения со значимыми людьми. Вопросы типа «Что ТЫ сейчас чувствуешь?» или «Чего бы ТЕБЕ самому сейчас хотелось?» помогают сосредоточиться на своём «Я».

Следующим, обязательным условием эффективного кризисного вмешательства является выделение из сложившейся бытовой ситуации значимой для ребёнка области переживаний.

Так при распаде семьи ребёнок может переживать из-за расставания с одним из родителей, предстоящей смены школы ввиду изменения места жительства, утраты каких-либо материальных благ и др. При этом, зачастую, за фасадом бытовой ситуации он сам не может разобраться, что его угнетает. Не получив ответа на этот вопрос невозможно будет определить пути выхода из кризиса, а следовательно, и эффективность интервенции окажется минимальной.

7. ПРАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Намечая предстоящую беседу с ребёнком, необходимо, прежде всего, определить лицо, осуществляющее кризисную интервенцию. Наличие негативного опыта взаимоотношений, предвзятое отношение, даже если это является ошибочной точкой зрения ребёнка, являются практически

непреодолимым препятствием на пути успешного контакта. Лучшим консультантом является человек, которому ребёнок доверяет, с которым он может вести себя непринуждённо и искренне, либо незнакомый или малознакомый ранее человек, не являющийся в глазах ребёнка представителем «тёмной» стороны.

Место беседы. Подходящей может быть любая неформальная обстановка, где никто не помешает, и ребёнок будет чувствовать себя в привычной обстановке. Наиболее оптимальным выбором можно считать свободный учебный кабинет. Приглашать на беседу необходимо обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Можно обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Запаситесь достаточным лимитом времени. Не смотрите на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Заметив ваш, даже мимолётно брошенный взгляд на часы, вы можете услышать: «Извините, я вижу Вам сейчас некогда. Я больше Вас не задержу». Прерванный таким образом контакт, уже невозможно будет возобновить. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет. При разговоре постарайтесь занять такое положение, чтобы вы не были разделены письменным столом или подлокотником. Наиболее удобным считается положение под углом в 90°, давайте возможность ребёнку отвести взгляд. При этом вы должны уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него. Говорите без осуждения и пристрастия. При разговоре целесообразно приспособливаться к темпу беседы ребёнка, говорить лаконичным тихим голосом [3].

Помните, первым этапом беседы является установление эмпатического контакта. Инициатива должна принадлежать Вам. Прежде

всего, покажите ребёнку, что Вы озабочены его состоянием, готовы помочь ему.

Эмпатия означает понимание любого чувства — гнева, печали, радости, — переживаемого другим человеком, и ответное выражение своего понимания этих чувств (И. Атватер) [19] и характеризуется как социально-психологическое свойство, состоящее из ряда способностей:

- эмоционально реагировать и откликаться на переживания другого;
- распознавать эмоциональные состояния другого и мысленно переносить себя в его мысли, чувства и действия;
- выбирать адекватный ответ (вербального и невербального типа) на переживания и использовать способы взаимодействия, облегчающие страдания другого [17].

На начальном этапе беседы важно продемонстрировать, так называемую «первичную эмпатию», то есть реагировать таким образом, чтобы подростку стало очевидно, что вы поняли, что с ним случилась беда [9]. Первичная эмпатия выражается с помощью выражения сочувствия не только в словах, но и интонацией, положением тела, взглядом. Например, наклоняясь к ребёнку мягким, выражающим понимание голосом вы можете сказать: «Я вижу, что с тобой, что - то случилось и, возможно, могу тебе помочь». Таким образом, первичная эмпатия – это ваше сообщение ребёнку о том, что главное из того, что он чувствует и переживает, а также поведение, являющееся причиной этих чувств, вам поняты. Даже ритм дыхания, отражающий ваши чувства, переживания, должен быть синхронным с ребёнком. Это помогает установить контакт, собрать информацию и уточнить задачи. Например, подросток может сказать: «Я чувствую, что ничего не могу сделать», вы отвечаете: «Ты чувствуешь беспомощность».

Существует почти единодушное мнение, разделяемое и практиками и теоретиками, что проявление эмпатии (сопереживания) является одним из

самых важных элементов консультирования, который одинаково необходим на всех стадиях консультирования (Fiedler, 1950; Gladstein, 1983; Hackney, 1978; Rogers, 1975; Truax & Mitchell, 1971).

Вторым уровнем эмпатического контакта является развитая (опережающая) эмпатия. Она достигается тогда, когда консультант способен видеть мир ребёнка с его точки зрения и передавать ему своё понимание. Два фактора делают эмпатию возможной:

а) понимание того, что «бесконечного количества чувств» не существует и

б) обладание неким личностным «запасом прочности», достаточным для того, чтобы «позволить себе войти в мир другого и все же сохранить уверенность в том, что можно вернуться в свой собственный. Все, что вы чувствуете, вы чувствуете "как бы"».

Опережающая точная эмпатия отражает не только то, что ребёнок говорит, открыто, но и то, что он подразумевает или недоговаривает. Например, вы замечаете, что подросток говорит: «Я надеюсь, что так и будет» и в то же самое время смотрит в пространство. Тогда вы констатируете: «То есть, если этого не произойдёт, ты не имеешь представления, что делать дальше».

Вторым этапом является уточнение обстоятельств, явившихся причиной переживаний ребёнка. Первоначально дайте возможность высказаться ребёнку, не перебивайте его, и говорите только тогда, когда он закончил. Ваши вопросы должны быть короткие, конкретные, предполагающие такие же ответы. В щадящем аспекте целесообразно от тревожной, волнующей темы переходить к индифферентной бытовой, а затем возвращаться к первой для выяснения интересующих деталей и эмоциональной значимости её.

К приёмам эффективного слушания относятся:

- нерефлексивное слушание

- рефлексивное слушание: выяснение, перефразирование, резюмирование, отражение чувств.

Нерефлексивное слушание – это слушание без вмешательства, дающее возможность собеседнику высказаться. Оно состоит в умении *внимательно* молчать, так как ребёнку хочется, чтобы его услышали, и его меньше всего интересуют замечания. В противном случае ребёнок обидится, и общение прервется или превратится в конфликт.

Все, что нужно делать - поддерживать течение речи собеседника, давая возможность ему выговориться.

В то же время необходимо давать собеседнику обратную связь, показывая свою заинтересованность в беседе. Сигналами внимания педагога могут быть короткие реплики, междометья, но, главным образом, невербальные средства общения (мимика, жесты, поза и др.). Недаром подмечено, что человек говорит голосом, а беседует всем телом.

Внимательно слушая, нельзя делать следующее:

- вносить реплики ("Со мной это когда-то тоже было");
- успокаивать партнера ("Это еще не так плохо");
- оценивать ("Однако, это очень хорошо (плохо));
- критиковать ("Здесь вы сделали ошибку").

Подобные ошибки нарушают обратную связь и делают общение малоэффективным [5].

В ходе беседы могут возникнуть паузы. В этих случаях можно использовать прием «постоянного внимания к содержанию» – повторение некоторых фактов, сообщенных вам ранее, тем самым проявляя интерес к собеседнику, оказывая ему внимание.

Когда нерефлексивного слушания недостаточно, можно прибегнуть к приемам рефлексивного слушания.

По существу, рефлексивное слушание - обратная связь с говорящим, используемая в качестве контроля точности понимания услышанного. Иногда эти приемы называют «активным слушанием».

Выяснение — обращение к говорящему за уточнениями. Выяснение помогает сделать сообщение более понятным и способствует более точному его восприятию слушающим. Чтобы получить дополнительные факты или уточнить смысл отдельных высказываний, слушающий может сказать примерно так: «Пожалуйста, уточни это». Или если необходимо понять явление в целом, можно спросить, например: «В чём состоит проблема, как ты считаешь?» Такие вопросы заставляют улучшить и уточнить первоначальное сообщение, чтобы слушающий точнее понял, о чем идет речь. И хотя нет готовых рецептов, которые следует применить для выяснения, могут быть полезными следующие ключевые фразы:

- «Не повторите ли Вы еще раз?»
- «Я не понимаю, что Вы имеете в виду»
- «Я не понял»
- «Что Вы имеете в виду?»
- «Не объясните ли Вы это?»

Вопросы должны фокусироваться на сообщении ребёнка или на самом процессе общения, но не на личности собеседника. Необходимо заставить говорящего сделать что-то большее, общаться с ним более разумно и эффективно. А когда внимание ребёнка обращают, например, на недостатки его поведения, он, как правило, уходит в защиту и тем самым создаётся барьер в общении.

Разъяснительные фразы имеют иногда форму «открытых» вопросов, требующих развёрнутого ответа, например: «Это трудно?»; «Предпочли бы Вы это сделать сами?»; «Это все, что Вы хотели сказать?». Но можно пользоваться также и «закрытыми» вопросами, которые требуют простых ответов «да» или «нет», при этом необходимо иметь в виду, что они легко

могут нарушить ход мыслей говорящего, поскольку переключают фокус общения с говорящего на слушающего, заставляя говорящего подчас защищаться. Полезно также пользоваться простыми декларированными заявлениями, как, например: «Я не понимаю, объясни, пожалуйста, что ты имеешь в виду»; в таком случае слушающий проявляет готовность сохранять «нейтралитет» и ждать точной передачи всего сообщения.

Перефразирование — иная формулировка той же мысли. В беседе перефразирование состоит в передаче говорящему его же сообщения, но словами слушающего.

Цель перефразирования — собственная формулировка сообщения говорящего для проверки его точности. Перефразирование, как ни странно, полезно именно тогда, когда речь собеседника кажется нам понятной.

Перефразирование можно начать следующими словами:

- «Как я понял Вас...»
- «Как я понимаю, Вы говорите...»
- «По Вашему мнению...»
- «Вы думаете...»
- «Вы можете поправить меня, если я ошибаюсь, но...»
- «Другими словами, Вы считаете...»

При перефразировании важно выбирать только существенные, главные моменты сообщения, иначе ответ вместо уточнения понимания может стать причиной путаницы. Следует выборочно повторять речь собеседника.

Конечно, при этом можно упустить его основную мысль, но значение перефразирования в том именно и состоит, чтобы убедиться, насколько педагог точно понимает собеседника. Собеседник, пытающийся перефразировать мысль говорящего, в определённом смысле рискует, поскольку не уверен в том, что он, в самом деле, понял сообщение правильно, ведь никто же не хочет показать своё непонимание.

При перефразировании педагога главным образом должны интересоваться смысл и идеи, а не установка и чувства собеседника. Слушающему важно также уметь выразить чужую мысль своими словами. Буквальное повторение слов собеседника является большой помехой в беседе. Это может поставить собеседника в тупик, и у него, естественно, возникнет вопрос, слушают ли его в действительности. Перефразирование сообщения иными словами дает возможность говорящему увидеть, что его слушают и понимают, а если его понимают неправильно, то своевременно внести соответствующие коррективы в сообщение.

Отражение чувств. Здесь акцент делается на отражении эмоционального переживания ребёнка, а не содержания. Конечно, различие между чувствами и содержанием сообщения в определенном смысле относительно и его не всегда легко уловить. Однако, это различие часто приобретает решающее значение. Как бывает приятно, когда кто-либо понимает наши переживания и разделяет чувства, не обращая особого внимания на содержание нашей речи, существо которой имеет подчас второстепенное значение.

Отражая чувства ребёнка, педагог показываем ему, что понимает его состояние, поэтому ответы следует формулировать своими словами. Однако можно пользоваться определенными вступительными фразами, например:

- «Мне кажется, что Вы чувствуете...»
- «Вероятно, Вы чувствуете...»
- «Не чувствуете ли Вы себя несколько...»

В ответах на эмоциональное состояние говорящего следует учитывать интенсивность его чувств, используя в своих ответах соответствующую градацию наречий:

«Вы несколько расстроены...» (совершенно, очень, страшно).

Понять чувства собеседника можно различными путями.

Во-первых, следует обращать внимание на употребляемые им слова, отражающие чувства, например, печаль, гнев, радость и т. д. Такие слова являются ключевыми.

Во-вторых, нужно следить за невербальными средствами общения, а именно: за выражением лица, интонацией, позой, жестами и перемещением собеседника.

В-третьих, следует представить, что бы Вы чувствовали на месте говорящего.

И наконец, следует пытаться понять общий контекст общения, причины обращения собеседника именно к Вам. Это часто помогает определить выражаемые чувства.

Резюмирование. В завершение второго этапа беседы целесообразно вывести «определение конфликта», то есть высказать четкую формулировку ситуации, переживаемой подростком.

Резюмирующие ответы подытоживают основные идеи и чувства говорящего. Этот прием особенно необходим при продолжительных беседах, когда перефразирование и отражение используются относительно редко. Резюмирующие высказывания помогают соединить фрагменты разговора в смысловое единство, дают ребёнку уверенность в том, что вы его правильно поняли, и насколько хорошо ему удалось передать свою мысль. Точная формулировка ситуации создает представление, что, какой бы трудной ни была проблема, она может быть понята, и вы ее понимаете.

Использование этого приема особенно необходимо в тех случаях, когда собеседник встревожен или растерян.

Резюме так же следует формулировать своими словами, но типичными вступительными фразами могут быть следующие:

- «То, что ты в данный момент сказал, может означать...»
- «Твоими основными идеями, как я понял, являются...»
- «Если теперь подытожить всё сказанное тобой, то...»

Резюмирование особенно уместно в ситуациях, возникающих при обсуждении разногласий, урегулировании конфликтов, рассмотрении претензий или в таких ситуациях, где необходимо решать какие-либо проблемы.

Умение слушать «всем телом». Мы часто говорим: «Я весь – внимание», особенно когда горим особым желанием услышать что-нибудь интересное, и при этом бессознательно принимаем соответствующую позу: поворачиваемся лицом к говорящему, устанавливаем с ним визуальный контакт, иными словами, внимаем собеседнику. Такое слушание «всем телом» не только выражает готовность слушать, показывает физическое внимание, но и помогает процессу слушания и восприятия. Мы принимаем эту позу безотчетно. Но этим приемом следует пользоваться сознательно, поскольку осознанное умение быть внимательным – эффективное средство повышения восприятия речи собеседника. Слушать и воспринимать означает не отвлекаться, поддерживать постоянное внимание, устойчивый визуальный контакт и использовать позу как средство общения [4].

Помните, когда к Вам обращается ребёнок, Вы должны:

- ✓ Слушать и подбадривать ребёнка говорить с вами или другим доверенным лицом (человеком, которому доверяют); слушать детские чувства.
- ✓ Не давать советов и не стараться найти простых решений. Попробуйте представить, как бы Вы чувствовали себя на месте ребёнка.
- ✓ Дать ребёнку понять: вы всерьёз относитесь к его переживаниям.
- ✓ Быть искренними и честными: если слова или поступки ребёнка пугают Вас, скажите ему об этом. Если вы переживаете или не знаете, что делать, скажите это. Не будьте «бодрым оптимистом».
- ✓ Делиться чувствами: каждый когда-то чувствует грусть, боль и безнадежность. Делитесь Вашими чувствами. Ребёнок должен узнать, что он не одинок.

- ✓ Создать атмосферу безопасности. Вспомните вместе с ребёнком «хорошие» моменты и ситуации – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабить неприятные воспоминания.
- ✓ Сводить разговоры о событии с описания деталей на чувства.
- ✓ Помогать ребёнку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на конкретные сроки).
- ✓ Повторять, что чувствовать беспомощность, страх, гнев совершенно нормально.
- ✓ Повышать самооценку ребёнка.
- ✓ Найти помощь, если Вы не уверены в успешности консультации.

Профессиональная помощь критически необходима в кризисных случаях, таких, как суицид [22, 11].

Если вы слышите: Обязательно скажите:

«Ненавижу учёбу, «Что происходит у нас, из-за чего ты себя так класс...» чувствуешь?»

«Все кажется таким «Иногда все мы чувствуем себя подавленными. Давай безнадежным...» подумаем, какие у нас проблемы и какую из них надо решить в первую очередь»

«Всем было бы лучше «Ты много значишь для нас, и меня беспокоит твоё без меня!» настроение. Скажи мне, что происходит»

«Вы не понимаете «Расскажи мне, как ты себя чувствуешь. Я меня!» действительно хочу это знать»

«Я совершил ужасный «Давай сядем и поговорим об этом» поступок...»

«А если у меня не «Если не получится, я буду знать, что ты сделал все получится?» возможное»

Никогда не говорите

- «Когда я был в твоём возрасте... да ты просто лентяй!»
- «Подумай лучше о тех, кому ещё хуже, чем тебе»
- «Не говори глупостей. Давай поговорим о чем-нибудь другом»
- «Кто же может понять молодёжь в наши дни?»
- «Что посеешь, то и пожнёшь!»
- «Если не получится — значит, ты недостаточно постарался!» [24].

Помните, при наличии сильной психологической травмы (сексуальное насилие, физическое или сексуальное насилие в отношении близкого человека на глазах ребёнка, события природного или техногенного характера, повлёкшие за собой массовую гибель людей) и (или) наличие признаков тяжёлого психического расстройства, уточнять подробности произошедшего у ребёнка, вынуждая его вновь возвращаться в область переживаний, недопустимо! Данная ситуация требует профессионального психотерапевтического вмешательства. Консультант, не имеющий соответствующего уровня подготовки должен «заморозить» контакт на достигнутом эмпатическом уровне и принять, предварительно уведомив об этом пострадавшего, соответствующие меры: информировать органы полиции, администрацию образовательного учреждения, родителей, вызвать бригаду Скорой помощи. При этом, ни при каких обстоятельствах нельзя оставлять ребёнка одного.

Установив характер психологических переживаний ребёнка и причины, их вызвавшие необходимо перейти к совместному планированию выхода из создавшейся ситуации.

Помните, что существуют разные способы преодоления кризиса:

- Восстановление прежних способов поведения.

- Нахождение новых (адаптивных или нет).
- Уход от проблем (в алкоголь, в болезнь, др.).
- Уход из жизни – самоубийство.

Обсудите все их. Выясните отношения собеседника к каждому. Уточните ожидания ребёнка (подростка) от окружающих и Вас лично. Какую бы помощь хотел он получить. Обязательно, в деликатной форме, спросите, не задумывался ли он о самоубийстве. Не осуждайте и не спорьте. Вы должны принимать существование подобного способа разрешения кризиса, но не при каких обстоятельствах не считать его естественным. Обязательно выясните наличие защитных факторов:

- Наличие эмоциональной связи с близкими, друзьями.
- Незавершённые дела, наличие планов на будущее.
- Морально-этические и религиозные аспекты.
- Боязнь физического увечья, боли.
- Отношение к профессиональной помощи.
- Личностные факторы защиты, как:
 - хорошие навыки общения, умение общаться со сверстниками и взрослыми;
 - уверенность в себе, своих силах, убеждённость в способности достижения жизненных целей;
 - умение искать и обращаться за помощью при возникновении трудностей, например, в школе;
 - стремление советоваться с взрослыми при принятии важных решений;
 - открытость к мнению и опыту других людей;
 - открытость ко всему новому, способность усваивать новые знания.

Переходя к совместному выходу из кризиса, помните:

1. Приоритет в выборе должен остаться за ребёнком.
2. Необходимо предложить конкретные варианты поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса. Абстрагированию и обобщению нет места в кризисной ситуации. Свои предложения необходимо давать чрезвычайно осторожно и ни в коем случае не выдвигать их в форме «истины в последней инстанции», апеллируя к собственному опыту.
3. Выход из психотравмирующей ситуации разбивается на более мелкие, частные, принципиально разрешимые задачи.
4. Способ решения проблемы должен соответствовать общему жизненному стилю и опираться на систему ценностей подростка, в противном случае они будут непременно отвергаться [6].

Третий этап – совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Основными используемыми педагогом приёмами могут быть: перечисление возможных вариантов разрешения кризисной ситуации, побуждение к вербальному (словесному) оформлению планов предстоящей деятельности, и наконец – «удержание паузы» – целенаправленное молчание.

Задача этого этапа – предоставить собеседнику возможность проявить инициативу и самостоятельно сформулировать предполагаемый план действий. Молчание уменьшает темп беседы, предоставляя время для рассмотрения различных вариантов решений. Оно положительно влияет на его эмоциональное состояние, уменьшает эмоциональное напряжение. Удержание паузы должно быть одобряющим молчанием, выражающим интерес к собеседнику и сопровождаться невербальными методами коммуникацией: позой, мимикой, жестами, взглядом, выражающими эмоциональную поддержку.

Основываясь на знании личности ребёнка, его отношениях с окружающими в настоящей неблагоприятной ситуации, необходимо

предложить определенный вариант поведения, возможные способы разрешения ситуации, которые могут привести к выходу из психологического кризиса.

В результате анализа ситуации и рассмотрения всех форм разрешения кризиса вырабатывается конструктивный план поведения, направленного на преодоление неблагоприятных обстоятельств. Совместный поиск способов решения проблемы придаст подростку уверенность в собственных силах, повысит его самооценку.

На четвёртом, завершающем этапе беседы необходимо сконцентрировать внимание на достижении желаемого результата.

План действий должен быть выражен предельно ясно, последовательно и кратко. Основными приемами этого периода являются: «логическая аргументация» и «рациональное внушение уверенности». Необходимо, так же, назначить дату и время вашей следующей встречи, и чем выше суицидальный риск подростка, тем скорее она должна произойти.

При наличии признаков суицидального поведения подросток должен быть проконсультирован врачом-психиатром или психотерапевтом, однако, часто в силу различных обстоятельств оказание своевременной профессиональной помощи не представляется возможным. В этом случае беседа должна быть направлена на поддержку и коррекцию суицидогенных личностных установок. В этой ситуации необходимо попытаться в корректной форме, предпочтительно, опираясь на высказывания самого подростка, убедить его:

– что переживания, испытываемые им в настоящий момент, являются временными, подобные ситуации случались и с другими людьми, и они при этом чувствовали себя также тяжело, но со временем ситуация обязательно разрешится и его состояние нормализуется, как это произошло и с другими;

- что его жизнь нужна родным, близким, друзьям и его уход из жизни станет для них тяжелой трагедией (актуализация антисуицидальных факторов);

- что он, безусловно, имеет право распоряжаться своей жизнью (подчёркивая право подростка распоряжаться собственной жизнью, вы повышаете его самооценку, увеличиваете ответственность за своё поведение, уменьшаете актуальность суицидальных переживаний), но решение вопроса об уходе из жизни, в силу его крайней важности и необратимости, лучше отложить на некоторое время, чтобы обдумать его в спокойном состоянии.

Дальнейшая работа будет складываться исходя из результатов беседы, с учётом личностных особенностей подростка и сложившейся ситуации. Поэтому детальные рекомендации на этот счет затруднительны, но основные могут состоять в следующем:

- необходимо поставить в известность руководителя учебного заведения о сложившейся опасной ситуации. При этом необходимо помнить, что разглашение сведений, носящих сугубо интимный характер и полученных вами в ходе беседы, могут актуализировать имеющиеся суицидальные мысли. Поэтому та доля информации, которую вы раскроете третьему лицу, обязательно оговаривается с подростком в ходе беседы;

- необходимо создать для учащегося на период переживаемого кризиса более щадящие условия учёбы, учитывая повышенную вероятность неадекватных реакций;

- не оставлять подростка на этот период без контроля и внимания;

- обязательно проконсультируйтесь по данной ситуации с психотерапевтом по бесплатному со всех стационарных телефонов республики номеру **129**, обсудите с родителями подростка необходимость оказания профессиональной помощи.

8. ПОМОЩЬ РЕБЁНКУ, ПЕРЕЖИВШЕМУ НАСИЛИЕ

Ребёнок, переживший насилие по отношению к себе или членам семьи, став свидетелем нанесения увечий другим людям, испытывает такие же сильные чувства, что и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность). Прямое насилие над ребёнком может оказаться психологически слишком трудным, непереносимым для него, что выразится в молчании и оцепенении.

Картины пережитых событий могут прочно зафиксироваться в памяти ребёнка. Он будет снова и снова возвращаться к самым страшным моментам происшедшего (например, воспроизводить в памяти образы изуродованных, раненых людей или напавшего на него человека), переживая испытанную им боль и ужас.

Ассоциируя преступника с яростью, ненавистью, ребенок теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой. Он начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии о мести. Часто ребенок может испытывать чувство вины, считая причиной случившегося свое поведение.

Переживший сильное психотравмирующее событие ребёнок не видит жизненной перспективы, он не знает, что будет с ним через день, месяц, год, теряет интерес к ранее привлекательным для него занятиям. Пережитое событие может стать для него причиной остановки личностного развития.

В этой ситуации:

1. Дайте ребёнку понять, что вы серьёзно относитесь к его переживаниям, и вы знали других детей, которым тоже пришлось через это пройти, но они справились с этой ситуацией. («Я знаю одного смелого мальчика, с которым тоже такое случилось»).
2. Создайте атмосферу безопасности (если ребёнок позволяет, обнимайте его как можно чаще, разговаривайте с ним, принимайте участие в его играх).

3. Посмотрите вместе с ребёнком «хорошие» фотографии – это позволит обратиться к приятным образам из прошлого, ослабит неприятные воспоминания.
4. Сводите разговоры о событии с описания деталей на чувства.
5. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу на ближайшее будущее (конкретные цели на конкретные сроки), помечтайте с ним о том, что будет, когда он вырастет, чем он может заняться.
6. Повторяйте, что испытываемые им чувства беспомощности, страха, гнева совершенно нормальны в подобной ситуации.
7. Всячески повышайте самооценку ребенка (чаще хвалите его за хорошие поступки).
8. Поощряйте рисование, игры ребенка с песком, водой, пластилином – помогите ему вынести вовне свои переживания в виде образов.
9. Не исполняйте любые его желания из чувства жалости. Нельзя позволять ребенку стать тираном.

Пережив сексуальное насилие, ребёнок может испытывать комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному. Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.д.), а если виновник – знакомый, то причину ребёнок чаще ищет внутри себя (характер, поступки и прочее). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше.

В случае сексуального насилия желательно, чтобы помощь оказывал человек того же пола, что и потерпевший.

При оказании помощи ребёнку, подвергнутому сексуальному насилию:

1. Не бросайтесь сразу обнимать ребёнка. Возьмите его за руку или положите свою руку ему на плечо. Если увидите, что это ему неприятно, избегайте телесного контакта.
2. Не решайте за ребёнка, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).
3. Не расспрашивайте его о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся.
4. Дайте ребёнку понять, что он может рассчитывать на вашу поддержку.
5. Если пострадавший начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием. Добивайтесь, чтобы он говорил: «Это не моя вина, виноват ОН»; «Было сделано все возможное в таких обстоятельствах».
6. Если ребёнок решил обратиться в милицию, идите туда вместе. При оформлении заявления, выяснении примет преступников он снова в подробностях переживет ужасную ситуацию. Ему будет необходима ваша поддержка [18].
7. При отказе ребёнка от обращения в правоохранительные органы убедите его в необходимости данного действия, скажите ребёнку, что это необходимо для его безопасности, а так же безопасности других детей. Помните, что сокрытие преступления – уголовно наказуемое деяние, однако ваши действия по информированию правоохранительных органов «за спиной» пострадавшего, могут быть восприняты им, как очередное предательство со стороны взрослого.

9. ОСВЕЩЕНИЕ ФАКТОВ ЗАВЕРШЁННОГО СУИЦИДА

К сожалению, несмотря на все принимаемые меры, нередко приходится сталкиваться с фактами завершённого суицида, в том числе, и в конкретном образовательном учреждении. В данном случае всегда возникает вопросы: «Нужно ли говорить об этом? Если «Да», то как?».

Безусловно, каждый завершённый случай, или суицидальная попытка должны быть подробно разобраны на педагогическом совете образовательного учреждения. С целью предотвращения подобных случаев в будущем, в соответствии с приведённой выше схемой оценки суицидального риска, должны быть внимательно изучены следующие позиции:

1. обстоятельства самоповреждения и летальность суицидального поведения;
2. наличие личностных predispositional факторов;
3. возможные кристаллизующие факторы в предшествующие дни;
4. отношение подростка и его семьи к профессиональной помощи.

Основное внимание необходимо уделить вопросам, связанным с выявлением predispositional и кристаллизующих факторов, наличием речевых, поведенческих и ситуационных признаков суицидального поведения, возможности их своевременного выявления в данном конкретном случае. Цель подобного разбора - обучение педагогического коллектива способам выявления кризисного состояния у подростков и оказания им своевременной помощи. Применение мер дисциплинарного взыскания к коллегам, и без того, понёсшим тяжёлое психологическое потрясение не обосновано.

Ещё более важным является вопрос освещения данного случая в детском коллективе. Поскольку, обсуждение каждого конкретного случая в коллективе является публичным, рекомендуется при освещении факта

суицидального поведения руководствоваться рекомендациями Всемирной организации здравоохранения для СМИ.

✓ Следует избегать сенсационных заявлений о самоубийстве, особенно если речь идёт об известном человеке. Если у данного лица были проблемы с психическим здоровьем, о них следует упомянуть.

✓ Называть самоубийство необходимо «завершённым», а не «успешным».

✓ Следует избегать детального описания применённого способа и орудия, а также особенностей его приобретения.

✓ О самоубийстве не следует сообщать как о необъяснимом (непостижимом) факте или, наоборот, прибегать к его упрощённым объяснениям. Необходимо отметить, что суицид никогда не бывает следствием единственного фактора или события. К нему обычно приводит сложное сплетение многих факторов, таких как психическая или физическая болезнь, злоупотребление психически активными веществами, неприятности в семье, межличностные конфликты и жизненные события, вызывающие стресс. Полезно подчеркнуть, что в случившееся вносят свой вклад целый ряд факторов.

✓ Самоубийство не следует представлять в качестве способа разрешения личных проблем, таких как любовные неудачи, провал на экзамене, насилие.

✓ Необходимо подчёркивать альтернативные способы разрешения сложных жизненных ситуаций.

✓ Рекомендовать и пропагандировать профессиональную помощь психиатра, психотерапевта, ссылаясь на практику зарубежных стран. Давать информацию о службах телефонной психологической помощи. Особо акцентировать внимание, что своевременное обращение к специалисту – признак сформировавшейся здоровой личности, а не психического заболевания.

✓ Описывать предвестники и предупреждающие признаки самоубийства, привлекать учеников к необходимости своевременного их выявления у своих друзей с целью оказания психологической помощи и предотвращения подобных случаев.

✓ Следует особо отметить влияние самоубийства на семью и близких погибшего в плане социальной стигматизации и душевных страданий.

✓ Недопустимо прославление суицидента как мученика, что может подсказать внушаемым лицам мысль о том, что общество уважает суицидальное поведение. Нельзя выказывать сочувствие и жалость в его отношении, чтобы не провоцировать шантажную мотивацию суицида у учащихся. Следует уделять внимание нанесённой его поступком душевной боли любящим его людям.

✓ Описание физических последствий неудавшихся суицидальных попыток (увечья и обезображивание лица, повреждение мозга, паралич и т.п.) может послужить отпугивающим средством [29].

Говоря о суициде:

✓ Не следует размещать для всеобщего обозрения фотографии и предсмертные записки самоубийц.

✓ Нельзя сообщать о конкретных деталях и использованных способах.

✓ Нельзя приводить упрощённых причин случившегося.

✓ Нельзя прославлять самоубийство и превращать суицидента в жертву.

✓ Нельзя использовать религиозные или культурные стереотипы.

✓ Нельзя возлагать на кого-либо вину за происшедшее.

✓ Нельзя разбирать случай незавершённого суицида в классе, школе, где

обучается ребёнок, подросток, поскольку это служит ещё большей стигматизации лица и так находящегося в кризисном состоянии, увеличивает суицидальную мотивацию и риск повторных суицидальных попыток.

Напротив, освещаемые средствами массовой информации самоубийства, особенно детей и подростков, должны быть обязательно прокомментированы. При этом должна быть выполнена расстановка акцентов на влияние данного поступка на семью и близких, а так же необходимость внимательного отношения друг к другу с целью не упустить возможность своевременно «подать руку помощи» нуждающемуся в ней.

*Помоги тому, кто нуждается в твоей помощи,
но не просит о ней.*

Бусидо (Путь воина), XVII век.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК:

1. Амбрумова, А.Г. Диагностика суицидального поведения. / А.Г. Амбрумова, В.А.Тихоненко // - Методические рекомендации. Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР. – М, 1980. – 55 с.
2. Амбрумова, А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - № 4.
3. Антропов, Ю.А. Основы диагностики психических расстройств : рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г.Незнанов // – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
4. Атватер, И. Я. Вас слушаю: (Советы руководителю, как правильно слушать собеседника). («I Hear You». How to Use Listening Skills for Profit) Сокращенный перевод с английского / И.Я. Атватер // 2-е издание - М.: Экономика, 1988
5. Верба, И.К. Психология эффективного общения – Хабаровск, 2003. – 115 с.
6. Гадаев, А.В. Беседа с клиентом / Проза.ру [Электронный ресурс] / URL: <http://www.proza.ru/2012/02/29/363> (Дата обращения: 04.05.2012 г.)
7. Ганзин, И. В. Клинико-лингвистическая диагностика суицидального поведения/ И.В. Ганзин // Превенция суицидов и оказание экстренной психологической помощи по телефону. — Симферополь: Изд-во Крымского республ. центра ССМ, 1997.
8. Гудман, Р. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт // - 2 издание – Триада-Х, 2008. – 350 с.
9. Глэддинг, С. Психологическое консультирование / С. Глэддинг // Серия «Мастера психологии». - 4-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 736 с.
10. Дюркгейм, Э. Самоубийство / Э.Дюркгейм // Социол. Этюд: Пер. с фр. – СПб.: Союз, 1998. – 496 с.

11. Ермолаева, А.В. Работа с обращениями детей и подростков по вопросам насилия на Детский телефон доверия / А.В. Ермолаева // Материалы конференции ТД – 9-10 декабря 2010 г. – Москва
12. Ефремов, В. С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. - 480 с.
13. Зотов, П.Б. Клинические формы и динамика суицидального поведения / П.Б. Зотов, С.М. Уманский // Суицидология. – 2011. – №1. – с. 3-6.
14. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н.Краснов // Практическая медицина – М, 2011 – 432 с.
15. Князева, Л.В. Анализ психического здоровья населения Республики Коми / Л.В.Князева, В.В.Бакланов // Здоровье человека на севере. - 2011. – т.4, – № 3. – с.11 - 14.
16. Погодин, И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие [для студентов, аспирантов и преподавателей психологических факультетов вузов] / И. А. Погодин // – М. : Флинта : Московский психолого-социальный институт, 2008. - 331 с.
17. Лабунская, В. А. Психология затрудненного общения / В.А. Лабунская, Ю.А. Менджерицкая, Е.Д. Бреус // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2001.
18. Малкина-Пых, И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина – Пых // Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
19. Морозов, А. В. Психология влияния / А.В. Морозов // Серия «Хрестоматия по психологии». — СПб.: Питер, 2001. — 512 с.
20. Моховиков, А.Н. Кризисы и травмы: Методические материалы Московского Гештальт Института / А.Н. Моховиков, Е. А. Дыхне // Психологический центр Гештальт-анализа «Искусство выживания», – М, 2007.

21. Ромек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович, - СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
22. Солошенко, Д.В. Экстренная психологическая помощь / Д.В. Солошенко // Консультирование (телефон доверия) - Харьков: Торсинг, 2001. – 192 с.
23. Чен, Маргарет. Решение проблем по охране психического здоровья / Выступление на Форуме Программы действий ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья - Женева, Швейцария - 7 октября 2010 г. [Электронный ресурс] / URL: http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/ru/ (Дата обращения: 16.05.2012 г.)
24. Шнайдер, Л.Б. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога / Л.Б.Шнайдер // Общероссийский проект: Школа цифрового века [Электронный ресурс] - Издательский дом «Первое сентября» / Школьный психолог / URL: <http://psy.1september.ru/> (Дата обращения: 04.05.2012 г.)
25. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы / Э. Шнейдман // - М: Смысл, 2001 - 315 с.
26. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors / American Psychiatric Association – DBSA National Capital Area [Электронный ресурс] / URL: http://dbsanca.org/docs/APA_Guidelines_for_Suicidal_Behavior.1783314.pdf (Дата обращения 16.05.2012 г.)
27. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда - ВОЗ. Женева, - 2001.
28. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) / Том 1. Общая часть. Основные аспекты депрессии: Всемирная психиатрическая ассоциация. – Москва, - 2010.

29. Превенция самоубийств: Руководство для специалистов средств массовой информации / Preventing suicide: a resource for media professionals (WHO/MNH/MBD/00.2) / Перевод: Одесский Национальный Университет им. И.И.Мечникова. – Одесса, - 2005.
30. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2001– 463 с.
31. Руководство по телефонному консультированию. Metro Crisis Line г. Портленд (штат Орегон) / США Metro Crisis Training Manual / Перевод Телефон Доверия, Щелково, Московская область, 1996 – 88 с.