

**Министерство социальных отношений Челябинской области
Челябинский областной центр социальной защиты «Семья»**



С.А. Пакулина

**ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Методическое пособие

**Челябинск
2014**

УДК 157(021)

ББК 88.48я73

П 13

С.А. Пакулина Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков. Методическое пособие. - Челябинск, АБРИС, 2014. -209 с. ISBN 978-5-91744-095-8

Проблема несвоевременного выявления детей и подростков с высоким риском суицидальных реакций, и намерений препятствует организации эффективной профилактики и коррекции суицидов. Точная регистрация суицидального риска и намерений – психодиагностическая задача сверхсложная.

Цель методического пособия: представить комплексный диагностический инструментарий, позволяющий быстро ориентироваться и осуществлять психодиагностическую работу по выявлению суицидального поведения детей и подростков. Комплекс методик представлен специальными диагностиками, непосредственно определяющими признаки суицидального поведения и структурированным перечнем диагностических материалов (социально-психологическая и психолого-педагогическая диагностика), позволяющих измерять его косвенные предикторы.

Пособие адресовано специалистам социальной сферы: психологам, социальным педагогам и социальным работникам в целях организации профилактики и коррекции суицидального поведения среди детей и подростков. Оно будет полезно и в образовательной практике как диагностический этап в различных формах воспитательных и педагогических мероприятий и всем тем, кто сталкивается с проблемой суицида в семье и в ближайшем социальном окружении.

РЕЦЕНЗЕНТЫ методического пособия

Овчарова Р.В. Доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой общей и социальной психологии Курганского государственного университета

Прихожан А.М. Доктор психологических наук, профессор кафедры возрастной психологии МГПУ

Авторский коллектив составителей:

А.В. Дягилева – директор ЧОЦСЗ «Семья»

Е.В. Бурая – заместитель директора по опытно-экспериментальной и методической работе ЧОЦСЗ «Семья»

С.А. Пакулина, к. псих. наук, доцент, методист ЧОЦСЗ «Семья»

Е. В. Биктимирова – специалист по социальной работе ЧОЦСЗ «Семья»

В.В. Плеханова – методист ЧОЦСЗ «Семья»

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
Глава I Роль психологической диагностики в профилактике и коррекции суицидального поведения детей и подростков	
1.1. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидального поведения детей и подростков.....	8
1.2. Диагностический этап работы в профилактике суицидального поведения.....	16
1.3. Диагностический этап работы в психолого-педагогической коррекции суицидального поведения детей и подростков.....	23
Глава II Психодиагностическая практика работы Челябинского областного центра социальной защиты «Семья» по профилактике и коррекции суицидального поведения	
2.1. Работа специалистов организационно-методического отделения с детьми и подростками с суицидальным поведением.....	26
2.2. Работа специалистов реабилитационного отделения с детьми и подростками с суицидальным поведением.....	28
2.3. Работа специалистов отделения экстренной линии детского телефона доверия, под единым общероссийским номером 8-800-2000-122 с детьми и подростками с суицидальным поведением.....	53
Глава III Методы и методики индивидуальной и групповой психологической диагностики суицидального риска, намерений и поведения	
3.1. Метод тестирования. Оценка суицидального риска и намерений	55
3.1.1. Методика Психодиагностика суицидальных намерений у детей «ПСН «В» (В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич).....	64
3.1.2. Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению «СОП» (А.Н. Орел).....	74
3.1.3. Опросник суицидального риска «ОСР» (А.Г. Шмелёв).....	89
3.1.4. Методика определения степени риска совершения суицида (И.А. Погодин).....	95
3.1.5. Методика определения склонности к суицидальным реакциям «СР-45» (П.И. Юнацкевич).....	97
3.1.6. Изучение склонности подростков к суицидальному поведению (СПСП) М.В. Горской.....	100
3.1.7. Методика диагностики суицидальных наклонностей «Суицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин).....	104
3.1.8. Методика диагностики суицидальных наклонностей «Противосуицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин).....	106
3.1.9. Шкала суицидальных интенций Пирса.....	108
3.2. Проективный метод исследования суицидального поведения	109
3.2.1. Тематический апперцептивный тест (четыре фотографии).....	110
3.2.2. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва).....	116
3.2.3. Графический тест «Ваши мысли о смерти» Л.Б. Шнейдер.....	117
3.2.4. Метод незаконченных предложений.....	118

3.2.5. Эмоционально-личностный тест Луизы Дюсс «Сказка «Похороны» (адаптация М. Габрунер, В. Соколовская).....	120
3.3. Метод анкетирования в психодиагностике суицидального риска.....	122
3.1.1. Диагностическая анкета критических ситуаций подростков.....	123
3.3.2. Анкета изучения отношения подростков к смерти (И.Н. Лаврикова).....	126
3.3.3. Примерные утверждения для психолого-педагогического анкетирования родителей, старшеклассников и педагогов по проблеме выявления информированности и детском суициде.....	127
3.4. Метод стандартизированного самоотчета в психодиагностике суицидального риска.....	131
3.4.1. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер).....	131
3.4.2. Шкала намерения суицидов.....	133
3.5. Метод психодиагностической беседы в получении дополнительной информации для психологического заключения и последующей коррекции суицидального поведения детей и подростков.....	135
3.5.1. Скриннинг-тест для выявления суицидального поведения (Л. Юрьева).....	136
3.5.2. Прогностическая таблица риска среди детей и подростков (А.Н. Волкова).....	137
3.5.3. Примерные вопросы к беседе для оценки суицида.....	137
3.5.4. Схема распознавания в процессе диагностической беседы личностного стиля суицида.....	141
3.5.5. Общая схема получения дополнительной информации в индивидуальной беседе (С.А. Пакулина).....	142
3.5.6. Медицинская схема обследования суицидента (Д.С. Исаев).....	143
3.5.7. Примерная схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида (М.А. Алимова).....	148
3.5.8. Психолого-педагогическое заключение по факту завершеного суицида несовершеннолетнего (М.А. Алимова).....	150
3.6 Метод тестирования. Оценка внутренних факторов суицидального риска и намерений с помощью личностных опросников.....	151
Глава IV Информационно-методические материалы для организации психологической диагностики по профилактике и коррекции суицидального поведения детей и подростков	
4.1. Рекомендательный список литературы, имеющийся в Интернет ресурсах.....	156
4.2. Сайты и форумы Интернет ресурсов.....	160
4.3. Словарь суицидологии.....	160
4.4. База нормативно-правовых документов по профилактике и оказанию помощи населению.....	188
4.5. Информация о телефонах экстренных служб Челябинской области.....	190
Заключение.....	192
Литература.....	194
Приложения.....	195
Приложение 1. Буклет, разработанный специалистами организационно-	

методического отделения в 2014 году.....	196
Приложение 1. Форма 1. отчет о профилактической работе с территорией Челябинской области по запросу.....	198
Приложение 1. Форма 2. Планирование по запросу Уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области.....	202
Приложение 1. Форма 3. Заключение по запросу Уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области.....	204
Приложение 1. Форма 4. Форма индивидуальной реабилитационной карты ребенка.....	208

ВВЕДЕНИЕ

**Имейте мужество жить.
Умереть любой может.
(Роберт Коди)**

В социальной реальности психологическая диагностика суицидального риска и намерений давно не является целью исключительно характерной для медицинской психологии и психиатрии. Психологическая диагностика суицидального поведения расширилась в своей территориальности знания в сферу социальной работы, выполняя практикоориентированную задачу, и это ни у кого не вызывает сомнений. (К.М. Гуревич, Е.И. Горбачева). Значимость диагностики суицидального поведения с целью профилактики определяется следующей статистикой: в детском возрасте (5-14 лет) частота завершенных суицидов составляет от 0,5 до 1,0 на 100 000 представителей возрастной группы, а в подростковом возрасте этот показатель повышается до 12-16 завершенных суицидов. В деятельности по профилактике и коррекции суицидального поведения детей и подростков в социальной и образовательной практике существует насущная потребность упорядочить (технологизировать) диагностический материал и диагностическую деятельность специалистов социальной сферы.

Доступный и экономичный психодиагностический инструментарий, приближенный к экспресс-диагностике суицидального поведения детей и подростков необходим не только, педагогам-психологам, воспитателям, работающим с трудными подростками и психологам социальной сферы, занятыми вопросами адаптации и реабилитации детей и подростков. Он важен для обеспечения мониторинга и психологической поддержки руководителей, призванных решать проблемы, связанные с судьбами многих людей, родителей, в чьих семьях находятся дети и подростки с суицидальными намерениями.

В психологической практике решения проблемы предупреждения суицидального поведения и оказания помощи в реальных условиях не медицинского учреждения, психодиагностика решает несколько задач:

1. Профилактика суицидального риска.
2. Выявление причинности суицидального поведения.
3. Проверка эффективности коррекционной деятельности.

Для решения любой из задач необходимо иметь доступный и экономичный инструмент диагностики и кроме этого иметь возможность в его выборе (экспресс-диагностика, возрастная диагностика, психологическая диагностика личностная или проективная, педагогическая диагностика).

Качественный анализ информации об организации профилактики суицидального поведения среди детей и подростков в Челябинской области, предоставляемой образовательными учреждениями, учреждениями социальной защиты показывает, что работа по выявлению детей группы суицидального риска ведется в отсутствие выбора диагностического инструментария у специалистов, или отсутствия апробированных комплексов диагностических

материалов. Из чего определяется актуальность и своевременность написания данного методического пособия.

В первой главе раскрываются теоретические положения особенностей психологической диагностики суицидального поведения детей и подростков.

Во второй главе в методическое пособие включены те «крупинки» из опыта эффективной работы ЧОЦСЗ «Семья», которые обобщают и систематизируют деятельность специалистов в этом направлении, и мы надеемся, что оно будет полезно для тех, кто нуждается в подобном информационно-методическом материале.

Методическое пособие отражает только диагностическую сторону суицидологии, но она не столь узка, так как основная цель пособия собрать вместе, тот диагностический материал, который сегодня есть в практической психологии для профилактики и коррекции суицидального поведения детей и подростков. Вначале главы предлагаются обобщенные, но специфичные для изучения суицидального поведения методики. Кроме этого, выделяя личностные критерии суицидального риска в пособии предлагаются не явно специфичные методы и методики для изучения суицидального поведения детей и подростков, а профилактически ориентированный (причинно) диагностический инструментарий. Таким образом, методическое пособие становится «экспресс-помощью» в работе специалистов при столкновении с проявлением детского суицида и его предикторами. Семаго Н. Семаго И. называют такой критерий «типы и формы диагностической деятельности практического психолога» [19].

В третьей главе представлен неинструментальный метод исследования (беседа) суицидального поведения, методики высокого уровня формализации (тесты, опросники, анкеты) и методики малоформализованные (проективные). Анкеты для родителей и педагогов, схемы обследования и заключения включены в третью главу в связи с конкретными целями и задачами деятельности ЧОЦСЗ «Семья»:

1) комплексной психологической диагностики по запросам уполномоченного по защите прав ребенка или УСЗН;

2) написания заключений и отчетов по комплексной профилактике суицидального поведения на территориях Челябинской области.

Ответственность за достоверность заключений и отчетов, которые формируются на основе применяемых методических средств лежит на психологической диагностике [5.С.14.] Конкретные измерительные психодиагностические методики выступают в качестве основы для психодиагностического подхода к изучению суицидального поведения, а диагностический подход – для психодиагностического метода и наоборот. Тесты являются основными современными техниками диагностики индивидуально-психологических особенностей детей и подростков.

Весь диагностический инструментарий третьей главы для мобильного отбора и применения с целью определения конкретного симптомокомплекса суицидальных показателей организован в удобную для диагностической задачи таблицу (Таб.№ 15. С. 53). Методики психологической диагностики ориентированные на опосредованные индикаторы (личностные особенности)

суицидального риска и намерений в методическом пособии представлены в Табл № 16. С.150).

Информационные материалы четвертой главы позволяют быстро подключить к диагностике дополнительные источники. Например, словарь по суицидологии служит для решения научно-практической диагностической задачи в сопоставлении полученных результатов диагностики и теоретических характеристик суицидального поведения, что приводит к единству диагностики в теории и практике, образуя процесс взаимодействия «теория-факт». Понятийная информация систематизирует и классифицирует факты, полученные в ходе психологической диагностики суицидального поведения детей и подростков.

Система организации психодиагностической работы с детьми и подростками позволяет своевременно выявлять и оказывать психолого-педагогическую поддержку, комплексное сопровождение, не начиная работу после факта совершения суицида, а с целью профилактики (раннего выявления) суицидального поведения.

Методическое пособие призвано, во-первых, упростить (ускорить) на диагностическом этапе деятельность практических психологов по профилактике и коррекции суицидального риска и намерений детей и подростков;

- во-вторых, изменить содержательные и формально-логические характеристики в формах подачи информации в СМИ (точность, дифференцированность) выявляя те особенности, которые соответствуют современному и реальному ее состоянию;

- в-третьих, позволит выходить на общие интегративные свойства и показатели суицидального поведения детей и подростков.

Глава I. Роль психологической диагностики в профилактике и коррекции суицидального поведения детей и подростков

1.1. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидального поведения детей и подростков

Р.В. Овчарова в диагностике семьи и семейного воспитания опирается на принцип разумной достаточности, предупреждая о том, что не следует расширять диагностику, если к тому нет необходимых показаний [14].

Причины нарушений поведения и развития ребенка в семье могут заключаться либо в особенностях отношения родителей к ребенку и стиле их воспитания, либо в искажениях внутренней логики и саморазвития ребенка, либо в неправильно протекающих процессах отношений между детьми и родителями, либо в комбинации этих факторов и др.

Р.В. Овчарова предлагает в построении структуры диагностики соблюдать принцип ветвящегося дерева: всякий последующий диагностический шаг делается лишь в том случае, если получен соответствующий результат на предыдущем [14].

В ходе первичной диагностики, которая является непродолжительной, психолог выявляет объекты и субъекты помощи. Для этого он должен ответить на четыре вопроса. Может ли он сам оказать помощь семье? Если нет, то к каким специалистам необходимо направить ребенка? Каков характер этой помощи? Психодиагностика суицидального поведения ребенка не должна быть в отрыве от изучения семьи, поэтому носит комплексный характер, сфокусирована на ребенке, минимальная, но достаточная по объему для выявления трудностей семейного воспитания и следовать определенной схеме.

Детский суицид – это то, чего практически всегда можно избежать. Ни один ребенок не примет решения уйти из жизни и не воплотит свое решение в жизнь за считанные часы. Для этого необходима неформальная организация системы профилактической работы. Специалисты социальной сферы испытывают явный недостаток не только в надёжных, апробированных и валидизированных методиках диагностики суицидальных намерений, суицидального риска, но и в сборнике таких методик, которые успешно используются в практике социально-психологической работы. Т.С. Павлова выдвигает несколько требований-условий к детской психодиагностике суицидального поведения:

- возможность скринингового применения;
- соответствие вопросов возрасту респондентов (понятен детям от 9—10 лет);
- охват разных маркёров суицидального поведения;
- по возможности, отсутствие прямых вопросов о суицидальных мыслях;
- достаточно быстрое заполнение (не больше получаса) [15. С.85].

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 [6. С.17]. Психологическая диагностика суицидального поведения тесно связана с современным научным знанием, разработанностью теории. Понятие «суицидальное поведение» детей и подростков объединяет все проявления суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки. В отечественной психологии проблему суицидального поведения исследовали А.Г. Амбрумова, И.Г. Малкина-Пых, А.Н. Моховиков, Я.Л. Обухов, И.А. Степанов, Э. Шнейдман, Л.Н. Юрьева и др. Психодиагностический инструментарий суицидального поведения складывается из практических разработок тестов и методик А.Т. Бека, Ю.Р. Вагина, М.В. Зотовой, З. Королевой, И.А. Погодина, А.Г. Шмелева, П.И. Юнацкевича и др.

Самоубийство является относительно устойчивым социальным явлением. Его предупреждение невозможно без знания причин, признаков-индикаторов, мотивов и условий. Диагностика суицидального поведения объективно трудна. Она включает выделение (распознавание) индивидуально-психологических особенностей, оценку и измерение этих характеристик, социальную диагностику в получении достоверных знаний об объекте и социальной ситуации. Распознавание – это ответ на вопрос имеют место или нет суицидальные намерения и риск? Оценка – это определение степени

выраженности намерения и риска суицидального поведения. Каждая оценка должна включать в себя:

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

Благодаря социально-психологической, психолого-педагогической и социальной диагностике суицидального поведения детей и подростков осуществляется сбор информации для постановки психологического диагноза-заключения (степени риска, намерений), профилактических мероприятий и происходящих изменений в ходе коррекционной работы. Психологическое заключение отражает одновременно и процесс и результат психодиагностической деятельности, направленной на выявление, распознавание и оценку признаков суицидального поведения.

Диагностика выделяет, распознает и оценивает суицидальное поведение детей и подростков, выявляя состояния, отдельные характеристики, качества развития личности, показатели которых имеют дискретный и некоторый финальный характер. Диагностический инструментарий, представленный для конкретной социальной практики (выявления суицидального поведения) в руках специалистов становится диагностической технологией, презентированной логически завершенными в своем выборе информационно-методическими разработками, позволяющими полно и прицельно заниматься профилактической и коррекционной деятельностью.

Психодиагностическая деятельность специалистов реализуется в виде решения психодиагностических задач и включает гностический, семиотический, деонтологический и технический компоненты [9]:

- 1) распознавание психологической сущности суицидального поведения (вектор диагностического поиска);
- 2) репрезентация имеющихся психологических знаний применительно к решению реальных профессиональных задач;
- 3) регулирование и рефлексирование диагностических действий в контексте профессионального функционирования;
- 4) выбор средств и технологий реализации диагностической деятельности на пути к конечному результату – технический компонент.

Психологический диагноз - это заключение о состоянии и свойствах испытуемого на основании комплексного анализа отдельных показателей и характеристик [14].

Опираясь на работы Р.В. Овчаровой психологический диагноз должен:

1. Раскрывать специфические особенности суицидального поведения детей и подростков, упорядоченные в соответствии с их удельным весом в психосоматическом состоянии обследуемого.

2. Не ограничивается констатацией наличного, он должен включать причинно-следственные отношения возникновения симптомов и прогноз.

3. Обладать прогностичностью.

4. Быть представлен с помощью объясняющих понятий, опирающихся на описательный материал, характеризующий суицидальное поведение.

5. Устанавливаться путем выявления как специфических показателей суицидального поведения так и личностной сферы.

Суицидальное поведение сопровождается эмоциональным фоном – суицидальными переживаниями, структура которых складывается из соотношения к двум полярно противоположным ценностям: к собственной жизни и смерти. Отношение к жизни выражается в форме безразличия, чувства сожаления о своем существовании, переживания тягостности, невыносимости и отвращения. Отношение к смерти выражается в страхе смерти, безразличии, чувстве внутреннего согласия на смерть и желания смерти. Отношения в различных сочетаниях создают многообразие форм суицидального поведения. То есть, распознавание признаков суицидального поведения более всего относится к разделу диагностики психических состояний, так как включает эмоциональные состояния (эмоциональные индикаторы) и состояния сознания [17]. Для диагностики суицидального переживания необходимо установить в определенный промежуток времени любую пару противоположных элементов отношения к жизни и смерти. Активность эмоционального состояния и состояния сознания суицидента связана с напряженностью его доминирующих компонентов. Доминирование обусловлено взаимодействием с трудными ситуациями (ситуационные индикаторы) и их отражением (адекватное, неадекватное). Чувства и полнота сознания сужены, происходит пассивное сосредоточение на себя, безвыходности и бессмысленности существования.

Открытыми для оценивания суицидального поведения являются внешние симптомы-признаки, которые И.Г. Малкина-Пых относит к поведенческим индикаторам [12]. Они выявляются в ходе психодиагностической беседы, психолого-педагогического анкетирования, метода самоотчета (сведения, сообщаемые о себе, самописание особенностей личности в конкретных трудных жизненных ситуациях).

Признаки суицидального поведения с учетом их связей складываются в показатели, а совокупность показателей составляет психодиагностическое заключение - психологический диагноз.

Все личностные особенности суицидента создают определенный стиль поведения в преодолении трудностей, характеризующийся настойчивым стремлением в достижении поставленной цели, попытками преодоления сложной ситуации вне зависимости от объективных обстоятельств, неумением и нежеланием отступить или найти компромиссное решение.

Суицидальное поведение *в детском возрасте* носит характер ситуационно-личностных реакций, т. е. связано не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций, наказания, мести за обиду,

ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Для детей *дошкольного возраста* понятие «смерть» отождествляется с потерей матери и это часто является причиной их неосознанных страхов и тревоги. У подавляющего большинства детей *младшего школьного возраста* выражен страх смерти родителей. Суицидальное поведение у детей до 13 лет встречается редко. В подростковом возрасте суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16–19 годам. Сам возрастной период подростов в его главным новообразованием «чувство взрослости» включает конгломерат индикаторов, входящих в суицидальный риск обусловленных увеличением радиуса значимых социальных отношений; половым созреванием; типичными поведенческими групповыми реакциями; базальной потребностью в понимании. Смерть для подростка начинает восприниматься как реальное явление при конфликтном столкновении с окружающим миром.

Психологическая диагностика суицидального поведения детей и подростков в социальной работе осуществляется в двух направлениях: профилактики и адаптации-реабилитации. Цель диагностики в профилактике – раннее предупреждение суицидального поведения среди детей и подростков. Цель диагностики в процессе адаптации и реабилитации – отслеживание эффективности коррекционного воздействия в семейных отношениях, в снижении кризисного напряжения, в решении деструктивных личностных проблем, в поиске и определении антисуицидальных факторов.

У детей и подростков предрасположенных к суицидальному поведению, в условиях воздействия психотравмирующей ситуации или ряда таких ситуаций, развивается состояние психической дезадаптации. Суицидальное поведение как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта раскрывается в концепции А.Г. Амбрумовой. По мере того, как психотравмирующая ситуация не находит разрешения, состояние психической дезадаптации продолжает усиливаться и нарастать, что приводит к появлению суицидальных мыслей и переживаний [1].

Почти у всех детей с суицидальным поведением можно констатировать объективные и субъективные признаки **социально-психологической дезадаптации** личности, основным условием развития которого является нарушения в семейных отношениях. **Объективно** дезадаптация проявляется в деструктивном изменении поведения ребенка и подростка в среде ближайшего социального окружения. **Субъективным** выражением дезадаптации является многообразие семейных ситуаций и психоэмоциональных сдвигов от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, злобы, гнева) до когнитивных установок, жизненных ценностей и цены жизни.

Психологическое явление аутоагрессии (обращение враждебности на себя) относится к механизмам психологической защиты, снижающим уровень тревоги и изменяющий характер побуждений семейного неблагополучия. С.А. Пакулина в своих исследованиях отмечает, что у старших подростков с низким уровнем личностной тревожности, высоким уровнем склонности к риску и интернальным локусом контроля доминирующими копинг-стратегиями

9механизмами адаптации) являются стратегии, ориентированные на решение задач [16].

Подростки с высоким уровнем личностной тревожности, низким или средним уровнем склонности к риску и экстернальным локусом контроля используют coping -стратегию избегания.

В учебных коллективах, в которых происходила смена классных руководителей, или слияние двух коллективов использование психологических защит имеет средний коэффициент напряженности. То есть, приобретая опыт адаптации, подростки как бы «закаляются» относительно преодоления эмоциональной напряженности. Низкая напряженность психологических защит старших подростков связана с личностной незрелостью и пассивностью: равнодушием, инфантилизмом, нежеланием видеть проблему (уход) и конструктивно ее разрешать.

В иерархии психологических защит старших подростков доминируют три механизма психологической защиты: проекция, отрицание, рационализация. В иерархии coping-стратегий, доминирующими у старших подростков являются конфронтативный копинг, поиск социальной поддержки, бегство-избегание, положительная переоценка [16].

То есть индикатором суицидального риска у подростков служит высокий коэффициент напряженности этих защит, искажающих восприятие реальной действительности.

А. Фрейд выделяет группу противоречий предрасполагающих к использованию механизмов психологической защиты в подростковый период «возросшего либидо», когда общие установки Я могут развиваться в определенные способы защиты: эгоизм-преданность, самопожертвование-страсть любовь-внезапный разрыв; включенность в группу-одиночество; слепое подчинение лидеру-бунт; аскетичность-распущенность; грубость-ранимость; энтузиазм-апатия [25. С.108]. Обострение вышеперечисленных противоречий обусловлено двойной интенсивностью адаптационного процесса в подростковый период: переходность от младшего школьника к отрочеству (адаптация пятиклассника) и собственно подростка к юношеству (адаптация десятиклассника). Именно в подростковый период формируется психическое новообразование «чувство взрослости», которое в своем несоответствии с реальностью его реализации в социальной действительности предрасполагает к гипертрофированному проявлению автономности подростка в силу незрелости социальной рефлексии, тем самым соответствуя росту суицидальных тенденций.

В подростковом возрасте вероятность аутоагрессивного поведения в значительной мере зависит от типа акцентуации характера. Вероятность суицидального риска выше, если преобладают циклоидный, эмоционально-лабильный, эпилептоидный и истероидный типы акцентуации. Суицидальное поведение подростков сочетается с девиантным поведением, как выражение протеста. Деструктивный выход из возрастного кризиса, проявляясь в поведенческих девиациях, может привести к суицидальному поведению.

Показателем серьезности суицидальной угрозы является степень депрессии и уровень тревожности, как выражение ухода, бегства от разрешения возникающих трудных ситуаций.

Для детей и подростков характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Само осознание подростком происходящих с ним изменений является стрессогенным и создает внутреннюю неуверенность, мобилизует защитные механизмы. Подростки защищаются от стрессогенного, негативного влияния социальной среды суицидальным поведением, которое побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других.

Социолог Ronald W. Maris выделяет coping-фактор в суицидальном поведении. Неудавшийся опыт приспособления или преодоления той или иной трудной ситуации связан с деструктивными способами адаптации, что определяет имеющийся опыт аутодеструктивного поведения. Одним из постулатов coping-теории R. Maris представлен в виде следующего положения: суицид есть результат неудовлетворенности психическим состоянием и невозможностью его управлением (жестокостью, конечностью, грубостью, непредсказуемостью, одиночеством). Следовательно, для профилактики суицидального риска необходима (адаптационный ресурс) информация о типичных coping -стратегиях детей и подростков, имеющих или отсутствующих в поведении

На суицидальное поведение подростков большое влияние оказывают межличностные отношения со сверстниками и родителями. **Семье** принадлежит значительная роль в жизни ребенка и подростка, в усвоении им социально-культурных норм и моделей поведения в преодолении трудностей, потому психодиагностика семейного окружения является одним из необходимых условий для понимания мотивов суицидального поведения детей и подростков. Наибольшее суицидогенное влияние оказывают нарушения коммуникации в семье, различные формы эмоциональной зависимости с симбиотическим, гиперопекающим поведением со стороны матери при дистантности и субмиссивности отца, ригидные, перфекционистские, виктимные и истощающие манипулятивные родительские установки, а также отвергающее, эмоционально безразличное отношение родителей к детям.

Под семейной диагностикой понимается обычно выявление супружеских или семейных нарушений, «патогенных семейных отношений», цель которой разрешить вопрос: «Каким образом в семье возникла суицидальная ситуация? Определяя причинность, определяются пути и средства ее эффективной коррекции. Например, причины суицидальных намерений, скрытые под «маской» психологических защит выглядят следующим образом (Табл.1).

**Характеристика механизмов психологической защиты подростков
в семейных отношениях**

Название	Характеристика	Возможные причины
Оппозиция	Активный протест против требований взрослых, резкие высказывания в их адрес, систематическая лживость.	Реакция на недостаток любви со стороны близких и призыв вернуть её.
Эмансипация	Борьба за самоутверждение, самостоятельность, высвобождение из-под контроля взрослых.	Диктат родителей и других взрослых.
Проекция	Собственные отрицательные качества, влечения, отношения человек приписывает другому лицу.	Взаимоотношение ребенка с родителями.
Отрицание	Отрицает существование неприятностей или старается снизить серьезность угрозы	Подавление страха
Идентификация	Отождествляет себя с другим человеком, переносит на себя желаемые чувства и качества.	Повышенная тревожность.
Самоограничение	Отстраняется от общения с близкими людьми, от пищи, от игр, отказывается от выполнения требуемых действий, занимаясь созерцанием деятельности другого, или стремится убежать.	Нетактичные, издевательские замечания окружающих, в первую очередь, значимых людей.
Рационализация	Защитный процесс, состоящий в том, что человек изобретает вербальные, и на первый взгляд логичные суждения и умозаключения для ложного оправдания своих поступков.	Боязнь потерять самоуважение.
Вытеснение	Удаление из сознания тех моментов, информации, которые вызывают тревогу.	Чрезмерная требовательность взрослых.

Напротив, для выявления антисуицидальных (защитных), ресурсных факторов необходимо понять, какие coping-стратегии используют подростки.

В семейной психодиагностике суицидального поведения детей и подростков выделяются два объекта: позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией.

Суицидоопасной становится семейная ситуация воспитания тогда, когда:

- позиция ребенка, оказывается в одиночестве перед коалицией объединившихся против него родственников;
- подросток протестуя, сам старается отстоять свою автономию, стремясь уклониться от опеки, либо сохранить независимость в семье;
- подростку в семье пытаются навязать свои привычки, манеры поведения.

Социально-психологический тип семьи, способствующей формированию суицидальных намерений: дисгармоничная, корпоративная, консервативная, так как в них всегда острым остается вопрос о власти.

С.А. Пакулина в своих исследованиях взаимосвязи coping-стратегий

младших школьников и типом родительского отношения показывает, что конструктивные стратегии совладания достоверно чаще используют младшие подростки со стилем детско-родительских отношений «Сотрудничество», а деструктивные стратегии со стилем детско-родительских отношений «Воспитательная конфронтация» и «Опека» [16].

В семейной диагностике необходимо выявлять совокупность признаков этих двух объектов (позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией) и обратить внимание как они комбинируются:

- несправедливое отношение со стороны родителей;
- необоснованные запреты родителей;
- развод (или супружеские измены);
- потеря одного из членов семьи;
- неудовлетворенность в доверительных отношениях с родителями;
- одиночество, недостаток внимания со стороны близких, отдаление от семьи и друзей;
- социально-психологический кризис;
- степень удовлетворенности своей позицией;
- суицидальная предрасположенность, т.е. наличие родственников, совершивших суицид (так называемая отягощенная наследственность);
- отсутствие теплых, доверительных отношений в семье (нежеланный ребенок), чувство отверженности;
- избиение или насилие со стороны родителей, братьев или сестер, других родственников;
- физическое или моральное унижение со стороны близких людей;
- чувство страха, тоски и отчаяния или же чувство обиды;
- страх наказания за совершенные или несовершенные проступки;
- дисгармоничное воспитание;
- отвержение матерью;
- жестокое обращение отца;
- предпочтение, оказываемое другому ребенку

Чем больше значимых связей в семье разорвано, тем острее ощущение потери. У детей и подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Для подростков суицидальное поведение является часто средством манипуляции с целью оказать давление на семейное окружение и вернуть утраченную позицию. Если подросток осознает необратимость прежней позиции в общении и вместе с тем не чувствует в себе сил для продолжения жизни, возможен истинный суицид.

Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийство, являются серьезной причиной-трудностью на пути своевременного распознавания суицидальных тенденций, заканчивающихся неожиданными для взрослых попытками детского суицида.

1.2. Диагностический этап работы в профилактике суицидального поведения детей и подростков

История организации специализированной системы социальной превенции на государственном уровне берет начало с 1998 года. Согласно Приказа Минздрава N 148 от 06.05.1998 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» подписанным академиком Т.Б. Дмитриевой, было рекомендовано создание трехуровневой системы, включающей службу «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и кризисный стационар.

Универсальная профилактика направлена на предупреждение возникновения суицидального поведения. Целью универсальной профилактики является предупреждение первичного возникновения суицидального поведения путем воздействия на основные «мишени» риска его развития.

Суицидальная превенция и оценка суицидального риска являются актуальными социальными и междисциплинарными проблемами. Психодиагностический метод используется не только для фиксации и описание индикаторов, полученных в ходе выявления детей и подростков, склонных к и суицидальному поведению, но и в повторной диагностике оценки эффективности коррекционного воздействия и психологического сопровождения.

Прогнозирование суицидального поведения с целью профилактики детских суицидов является одной из основных задач специалистов социальной сферы. Превенция суицида включает профилактику и своевременное выявление суицидального риска. Последнее заключается в раннем распознавании угрозы суицида для оказания социально-психологической и психолого-педагогической помощи детям и подросткам в трудной жизненной ситуации. Первым и важнейшим шагом в практике работы с суицидом является проникновение в мир ребенка, опираясь на возрастные особенности. Таким возрастным фоном суицидального поведения для подростков являются: фрустрация потребностей в проявлении чувства «взрослости»; формирование негативной «Я-концепции»; уничижительное отношение подростка к себе, проявляющееся в низкой самооценке и отсутствии самоуважения; кризис идентичности; нарушение функции общения со сверстниками, с педагогами, с родителями. Открытые или намеренно скрытые высказывания и оговорки об одной из причин почти всегда предшествуют суицидальным действиям. Деструктивный выход из возрастного кризиса, проявляясь в поведенческих девиациях, может привести к суицидальному поведению.

В настоящее время не существует универсальной психодиагностической методики для определения суицидального риска у детей и подростков. И.Г. Малкина-Пых в суицидальном поведении выделила четыре группы индикаторов (особенности сложившейся ситуации, настроения, когнитивной деятельности и высказываний), которые у других авторов возводятся в ранг причин, знаков, признаков и др. [12].

Любые индикаторы, в определенных условиях, могут стать мотивами. Направление и комплекс методик диагностического обследования будут

зависеть от того, какие мотивы лежат в основе суицидального поведения. На наш взгляд, необходимо добавить к четырем группам еще две группы индикаторов (мотивационную и диспозиционную). Такое описание будет методически удобно использовать в качестве информационно-аналитического материала для проведения психодиагностики суицидального риска детей и подростков в целях профилактики. Ситуационные, коммуникативные, эмоциональные, когнитивные индикаторы суицидального риска формируют личностную диспозицию, которая явно диагностируется в поведении. Все пять групп индикаторов суицидального риска являются характеристиками дезадаптации подростков в социальной среде (Табл.2).

Таблица 2

Индикаторы повышенной степени суицидального риска
детей и подростков

Ситуационные индикаторы
развод родителей
смерть любимого человека
сексуальное насилие, сексуальная неудача
систематические избиения
публичное унижение
коллективная травля
одиночество, тоска
денежные долги, подражание кумиру
раскаяние за совершенное убийство или предательство
получение тяжелой инвалидности
неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти
угроза физической расправы
семейная история суицида
несправедливые требования к учащемуся
прессинг «успеха» со стороны родителей
Коммуникативные индикаторы
прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях («Хочу умереть» – прямое сообщение, «Скоро все это закончится» – косвенное)
несформированность навыков общения
шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни также относятся к косвенным сообщениям
уверения в беспомощности и зависимости от других
прощание
сообщение о конкретном плане суицида
двойственная оценка значимых событий
самообвинения
медленная, маловыразительная речь
Поведенческие индикаторы
злоупотребление психоактивными веществами, алкоголем;
зскейп-реакции (уход из дома и т. п.);
нарушения дисциплины или снижение достижений и связанные с этим неприятности в

учебе, спортивной деятельности, любимом занятии
выбор тем разговора и чтения, связанных со смертью и самоубийствами;
резкое снижение повседневной активности
изменение привычек, например, несоблюдение правил личной гигиены, ухода за внешностью
частое прослушивание траурной или печальной музыки
склонность к неоправданно рискованным поступкам
«приведение дел в порядок» (письма, раздаривание личных вещей, расставание с дорогими вещами или деньгами);
любые внезапные изменения в поведении и настроении, особенно – отдаляющие от близких;
приобретение средств для совершения суицида
самоизоляция от других людей и жизни
посещение врача без очевидной необходимости
Когнитивные индикаторы
«туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида
представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить
разрешающие установки относительно суицидального поведения (наличие суицидальных мыслей, намерений, планов)
негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего (неадекватная самооценка личностных возможностей, уязвленное чувство собственного достоинства)
представление о будущем как бесперспективном, безнадежном, отсутствие планов на будущее
представление о мире как месте потерь и разочарований
отождествление себя с человеком, совершившим самоубийство
чрезмерная самокритичность
отсутствие идеалов в жизни
нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы
Эмоциональные индикаторы
амбивалентность по отношению к жизни
безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние
несвойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность
вина или ощущение неудачи, поражения
чрезмерные опасения или страхи
чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности
рассеянность или растерянность
переживание горя
состояние постоянного (прогрессирующего) переутомления
Мотивационные индикаторы
несостоятельность, неудачи в учебе, сексуальных эксцессах, любви, падение престижа в коллективе сверстников
физические или душевные страдания (чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения)
протест, чувство мести, злобы для наказания значимого другого
призыв к состраданию, сочувствию, крик о помощи
переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания
избегание (боязнь позора, насмешек или унижения)
самонаказание и отказ от жизни (капитуляция)

действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность; переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи, страх наказания, нежелание извиниться
угроза или вымогательство
желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.
сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).
Диспозиционные индикаторы
агрессивность
депрессия
акцентуация характера
беспомощность
тревожность
капризность, привередливость

К общим признакам суицидального поведения относятся:

- цель - поиск решения;
- задача - сужение сознания;
- стимул - невыносимая психическая боль;
- стрессор - фрустрированные психологические потребности;
- эмоция - беспомощность-безнадежность;
- отношение к суициду – амбивалентность;
- состояние психики - сужение когнитивной сферы;
- действие - бегство (агрессия);
- коммуникация - сообщение о своем намерении.

При оценке степени суицидального риска специалист должен учитывать, всю полученную информацию. В процессе индивидуальной беседы и наблюдения за ребенком выявляются и фиксируются в протоколе дополнительные индикаторы в поведении, эмоциональном выражении, оценке собственной жизни, особенностях взаимодействия с окружающими и психофизиологических нарушений.

Назовем его симптомокомплекс. Составленный в психодиагностическом обследовании ребенка симптомокомплекс, включается в психологическое заключение. (Табл. 3).

Таблица 3

**Симптомокомплекс индикаторов суицидального поведения
детей и подростков**

Поведение (внешний вид)	Тоскливое выражение лица (скорбная мимика) Гипомимия асимия Тихий монотонный голос Ускоренная экспрессивная или замедленная речь Краткость или отсутствие ответов Патетические интонации, причитания Склонность к нытью Общая двигательная заторможенность
------------------------------------	---

	Бездеятельность, адинамия Двигательное возбуждение
Эмоциональное выражение	Маски и постоянный фон настроения: скука, грусть, уныние, угнетенность, мрачная угрюмость, злобность, тоска, раздражительность Ворчливость, брюзжание Неприятное, враждебное, безразличное отношение к окружающим Чувство ненависти к благополучию окружающих или углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг Чувство физического недовольства Чувство бесчувствия Тревога беспредметная (немотивированная) Ожидание непоправимой беды Страх немотивированный Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности Тяжелое чувство вины и несостоятельности
Оценка собственной жизни	Пессимистическая оценка своего прошлого или нынешнего состояния Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого Отсутствие перспективы в будущем
Взаимодействие с окружающими	Нелюдимость, избегание контактов с окружающими Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью Склонность к нытью Капризность Эгоцентрическая направленность на свои страдания Длительно подавляемые эмоциональные реакции Отсутствие и потеря межличностных контактов
Психофизиологические нарушения	Слезливость Расширение зрачков Сухость во рту «симптомы сухого языка» Соматизация (тахикардия, головные боли и др.) Повышенное АД Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха Ощущение комка в горле Бессонница или повышенная сонливость Нарушение ритма сна, отсутствие чувства сна Чувство физической тяжести, душевной боли в груди и других частях тела (голове, животе) Запоры Снижение или повышение веса тела Снижение аппетита (пища ощущается безвкусной)

Силу суицидального намерения или степень его выраженности можно рассматривать как точку континуума, так как прямо связана с интенсивностью возникновения мыслей о самоубийстве:

- редко («хорошо бы заснуть и не проснуться»)
- постоянно («я сделаю это, другого выхода нет»)
- появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте.

Чем обстоятельнее разработан суицидальный план, тем выше степень суицидального риска. В.С. Ефремов выделяет пять уровней суицидального риска, которые могут быть положены в основу дифференциации диагностических комплексов профилактики суицидального поведения, например по возрастам, по ведущим индикаторам: ситуационным, коммуникативным, когнитивным, эмоциональным, поведенческим, мотивационным, диспозициональным (Табл. 4) [6.С. 445]. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) примерную шкалу оценки суицидального риска составляют четыре уровня (риск отсутствует, незначительный, умеренный, высокий). На наш взгляд, разделение высокого уровня на «выше среднего и максимальный риск», сделанное В.С. Ефремовым целесообразно. Эти два уровня и составляют коррекционные группы.

Таблица 4

Уровни суицидального риска (В.С. Ефремов)

Уровни	Содержание
min	Ребенок и подросток находится вне зоны суицидальной активности. Однако могут констатироваться те или иные суицидогенные факторы и даже их определенная констелляция, но это не приводит к стойкому снижению настроения. У подростка проявляются отдельные относительно кратковременные антивитальные переживания. Риск отсутствует.
ниже среднего	Стойкое снижение настроения. В антивитальных переживаниях доминирует недовольство жизнью, периодически возникают сновидения с картинами смерти. Намерение совершить самоубийство не очевидно, но суицидальные идеи присутствуют.
средний.	Наряду со сновидениями в сознании возникают сцены смерти известных самоубийств, но не связывается с переживаемой ситуацией, имеют своеобразный «отстраненный» характер. Присутствует мотивация улучшить по возможности свое текущее состояние и психологический статус.
выше среднего	Четкое осознание «безвыходности» ситуации. В сознании часто появляются образы смерти и самоубийства. Появляется желание смерти пассивного характера («заснуть бы и не проснуться, кто бы убил меня» и т.д.) и антисуицидальные тенденции («если умру, мама будет плакать», «не доставлю ему удовольствия» и т.п.).
max	К желанию собственной смерти присоединяются мысли об убийстве самого себя (обдумывает способы самоубийства). Исчезают антисуицидальные тенденции. Мысль о самоубийстве становится доминирующей, отмечается достаточно специфическое сужение сознания. Когнитивная жесткость и отсутствие надежд на будущее. Отвергает социальную поддержку.

В основе профилактического прогноза уровней суицидального риска лежит интегральная оценка, которая складывается из суицидогенных и антисуицидальных факторов. Антисуицидальные факторы являются личностным ресурсом в процессе адаптации и реабилитации детей и подростков, как в индивидуальной, так и в групповой коррекционной работе специалистов. Если диагностика показывает выше среднего и максимальный

уровни суицидального риска и намерений, специалист приступает к коррекционной работе.

1.3. Диагностический этап работы в психолого-педагогической коррекции суицидального поведения детей и подростков

Психолого-педагогическая коррекция предполагает обоснованное воздействие на дискретные характеристики внутреннего мира ребенка с целью их изменения [14]. В коррекционной работе суицидального поведения диагностика проводится с целью адаптации для предотвращения первичной суицидальной попытки и проведения диагностики с целью реадaptации, по отношению к совершенной суицидальной попытке. Психокоррекционная работа в учреждениях социальной сферы также как и в образовательных учреждениях, представляет собой совокупность социально-психологических и психолого-педагогических воздействий, предполагающих либо коррекцию, либо профилактику суицидального поведения детей и подростков. По мнению Р.В. Овчаровой, она осуществляется в двух взаимосвязанных формах: симптоматической, направленной на отдельные стороны суицидального поведения, и этимологической, ориентированной на его источники и причины.

Специалист, занимающийся коррекцией суицидального поведения, работает по схеме «что есть; что должно быть; что надо сделать, чтобы было должное» [14]. Совершенствование профилактики самоубийств зависит как от научно-теоретической базы, так и от эффективности организации суицидологической помощи.

Суицидологическая помощь является одним из самых трудоемких процессов во всей системе медико-психологической и медико-социальной помощи детям и подросткам. Жизненные ситуации, толкающие ребенка на самоубийство, как правило, не содержат в себе ничего необычного. Дети и подростки склонны преувеличивать размах и глубину столкновения с трудностями, в результате чего даже самые заурядные, ничтожные проблемы воспринимаются ими как неразрешимые. Они не уверены в собственных силах и считают себя неспособными справиться с трудностями, склонны проецировать результирующую картину собственного поражения в будущее. У детей и подростков с суицидальными намерениями более чем у ребенка в «норме» преувеличено негативное восприятие мира, собственной персоны и своего будущего. Смерть для них является приемлемым и даже желанным способом избавления от трудностей.

Задача психодиагностики, по определению К. М. Гуревича, состоит в сборе информации об индивидуально-психических особенностях детей, которая была бы полезна и им самим и тем, кто с ними работает [5]. В реабилитационной работе речь не может идти отдельно о диагностике и отдельно, о коррекции. Они существуют в деятельности центров социальной защиты как единый по самой сути своей вид работы: диагностико-коррекционный. Подробно рассмотренный в трудах Д.Б. Эльконина, И.В. Дубровиной этот принцип является основополагающим для всей коррекционной работы, так как эффективность коррекционной работы на 90%

зависит от комплексности, тщательности и глубины предшествующей диагностической работы.

Принцип единства диагностики и коррекции определяет их взаимосвязь, тем самым отражая целостность процесса оказания психологической помощи детям и подросткам с суицидальным риском, намерениями или совершенной попыткой суицида. Это основополагающий принцип. С одной стороны, задача социально-психологической и психолого-педагогической диагностики суицидального поведения: ответить на конкретный вопрос, выявить его причину. С другой стороны, психодиагностика не самоцель, она подчинена главной задаче разработке рекомендаций по его профилактике или коррекции. Психологическая коррекция является системой психологических воздействий, направленных на изменение, перестройку и устранение суицидальных намерений. Результаты психодиагностики в целях профилактики служат основанием для заключения о дальнейшей коррекционной работе, а вторичная диагностика является основанием для заключения эффективности коррекционной работы.

В коррекционной работе диагностика проводится с целью адаптации - предотвращения первичных суицидальных попыток и проведения диагностики с целью реадаптации по отношению совершенной суицидальной попытки.

Поведенческий подход в коррекционной деятельности специалистов ЧОЦСЗ «Семья» связан с формированием у ребенка оптимальных моделей адаптивного поведения и поведенческих навыков путем научения (трениговая работа). В рамках психодинамического подхода коррекционная работа осуществляется с элементами игротерапии, сказкотерапии, куклотерапии, песочной терапии. Началу осуществления коррекционной работы обязательно должен предшествовать этап прицельного комплексного диагностического обследования, на его основании составляется первичное заключение, и формулируются цели и задачи коррекционно-развивающей работы. Эффективная коррекционная работа может быть построена лишь на основе предварительного тщательного психологического обследования. В то же время «самые точные, глубокие диагностические данные бессмысленны, если они не сопровождаются продуманной системой психолого-педагогических коррекционных мероприятий» (Д.Б. Эльконин). По результатам первичной диагностики специалист должен понять и принять логику суицидальных причинно-следственных связей.

Таким образом, эффективность коррекционной работы зависит от теоретического обоснования комплекса диагностического инструментария, тщательности предшествующей диагностики. На основании диагностики определяются цели и задачи коррекционной работы и степень ее эффективности.

Эффекты коррекционной работы проявляются на протяжении достаточно длительного временного интервала: в процессе коррекционной работы; к моменту ее завершения; и, наконец, примерно полгода спустя можно окончательно говорить о закреплении или об утере ребенком позитивных эффектов коррекционной работы.

Поэтому, при постановке общих целей коррекции суицидального поведения детей и подростков необходимо учитывать дальнюю и ближайшую перспективу изменений, планировать как конкретные показатели к окончанию коррекционных воздействий, так и возможности отражения этих показателей в последующем поведении ребенка.

Результат развернутой, многосторонней диагностики фиксируется в интегральной оценке суицидального риска (вероятности суицидальных действий) как основной прогностической категории и определяет тактику коррекционной работы и последующие **превентивные меры**, которые следует строить на принципиально новой организационной основе. Важно отметить, что **диагностика суицидального поведения** включает в себя анализ не только собственно суицидальных проявлений (мыслей, переживаний, тенденций, поступков и др.) в их статике и динамике, но и всей совокупности личностных, средовых, клинических факторов, участвующих в генезе суицида.

Количество индивидуальных мотивов суицидального поведения безгранично, потому что всякое неудовлетворенное желание ребенка и подростка, всякое стремление, встретившее существенные препятствия, может служить эпилогом самоубийства. Таким образом, важна диагностика не только суицидальных, но и антисуицидальных факторов, которые будут являться личностным ресурсом суицидента. А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова к ним относят [1]:

1. Выраженная эмоциональная привязанность.
2. Родственные обязанности.
3. Чувство долга, понятие о чести.
4. Зависимость от общественного мнения (в том случае, если общественные нормы не допускают суицида).
5. Наличие планов, определяющих цель в жизни.
6. Внимание к собственному здоровью.
7. Представление о неиспользованных возможностях.
8. Наличие эстетических критериев мышления.
9. Экзистенциальное осмысление конфликта.
10. В последнее время утраченная когда то вера, возвращает свое былое влияние, в том числе и на решение потенциального суицидента.

Любые коррекционно-развивающие занятия в индивидуальной или групповой форме строятся на основании диагностического обследования.

Среди типичных воздействующих на детей и подростков неблагоприятных психосоциальных факторов чаще всего встречаются:

- Неблагоприятные факторы, связанные с детскими учреждениями.
- Семейные неблагоприятные факторы.
- Отрыв детей от семьи при поступлении в больницу или детское учреждение.
- Реакции, свойственные преимущественно детям.
- Реакции, свойственные преимущественно подросткам.
- Характерологические и патохарактерологические реакции подростков.

Основная индивидуальная коррекционная задача с ребенком при выявлении суицидального риска или совершенной попытки суицида: проработать суицидальные чувства и сфокусировать внимание на антисуицидальных факторах, укрепить желание жить (через амбивалентные чувства и обсудить альтернативы самоубийства).

Глава II. Психодиагностическая практика работы Челябинского областного центра социальной защиты «Семья» по профилактике и коррекции суицидального поведения.

2.1. Работа с детьми и подростками с суицидальным поведением специалистов организационно-методического отделения

Областное государственное казенное учреждение «Челябинский областной центр социальной защиты «Семья» (ЧОЦЗ) создан в июне 1998 года, является учреждением социальной защиты, входит в систему Министерства социальных отношений Челябинской области, включает социальную деятельность семи отделений (Табл.5).

Таблица 5.

Отделения Челябинского областного центра социальной защиты (ЧОЦЗ) «Семья»

1) стационарное реабилитационное отделение	для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, состоящих под диспансерным наблюдением в учреждениях здравоохранения
2) медико-социальной реабилитации	
3) социально-психологической реабилитации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	4) социально-психологической помощи семье и содействие устройству детей в семью. Школа «Росток», Служба «Доверие»
5) экстренной линии детского телефона доверия	6) Выездная консультативная служба и профилактика негативных явлений в семье
7) организационно-методическое	

Специалисты, работающие в центре (психологи, юристы, социальные педагоги, специалисты по социальной работе, медицинские работники) в процессе адаптации и реабилитации сталкиваются с проблемой суицидального поведения детей и подростков, взрослого населения в целях профилактики, коррекции и оказания психологической помощи. Диагностический этап непосредственно или опосредованно присутствует в их практической деятельности в четырех направлениях: социально-медицинское, социально-педагогическое, социально-психологическое и воспитательное.

Проблема суицидального поведения детей и подростков выделяется в отдельное направление деятельности организационно-методического отделения ЧОЦЗ «Семья».

Во-первых, информационное обеспечение специалистов в работе с суицидальным поведением систематически осуществляется в пополнении:

- электронной тематической папки, которая включает необходимые для индивидуальной и групповой работы специалистов материалы, такие как: книги, статьи, буклетную продукцию Центра, тренинги, нормативно-правовую базу, рекомендательный список литературы, подборки видео-материалов, притч, релаксационной музыки для проведения коррекционно-терапевтических занятий, программ и рекомендаций для различных целевых аудиторий, презентаций, тематических картинок для разработки буклетов;

- методические материалы из опыта работы деятельности ЧОЦСЗ «Семья» (семинары, методические советы, заключения, отчеты, рекомендации, издательская деятельность).

Во-вторых, методическое обеспечение специалистов ЧОЦСЗ «Семья» и специалистов социальной защиты Челябинской области осуществляется в следующих мероприятиях:

- проведение областных семинаров;
- издательская деятельность: пособия, буклеты, информационные листы;
- диагностико-коррекционная работа по запросу уполномоченного по правам ребенка Челябинской области, УСЗН, КЦСОН, СРЦ и других учреждений Челябинской области (написание отчетов и заключений);
- проведение методических советов с целью обобщения опыта работы.

В 2006 году в Центре был описан опыт работы по проблеме суицида «Социальная реабилитация несовершеннолетних, переживших трудную жизненную ситуацию», а в 2010 году выпущено методическое пособие «Реабилитация детей группы риска». Некоторые вопросы суицидального поведения рассматриваются в информационных листах, выпускаемых к областным семинарам: Бабина Т.А. «Самоубийства среди подростков».- 2012, Вып. 4.- С 8-10; В.В. Зиновьева Опыт работы с детьми отделения социально-психологической реабилитации для детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации по программе «Ладья».- 2013, Вып. 2.- С.18-28; Н.С. Вардыга Анализ суицидальных обращений на детский телефон доверия.- 2013, Вып.3.- С.33-35.

Издательская деятельность отделения в форме буклета представлена в приложении 1 «Буклет, разработанный специалистами информационно-методического отдела в 2014 году».

На базе отделения выездной консультативной службы и профилактики негативных явлений в семье заведующий отделения Д.А. Лазарев формирует группы специалистов Центра по квалификации и опыту работы, которые осуществляют на территориях Челябинской области диагностическую и одновременно профилактическую, консультативную и коррекционную деятельность в решении сложившихся ситуаций суицидального поведения детей и подростков.

Трудной оказывается в деятельности группы специалистов задача написания квалифицированного заключения и отчета, в которых общих

рекомендаций не может быть. В приложении 1 мы предлагаем три формы, которые разработаны в ЧОЦСЗ «Семья»: отчет, планирование и заключение.

- Форма 1. Отчет о профилактической работе с территорией Челябинской области по запросу УСЗН;
- Форма 2. Планирование по запросу уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области
- Форма 3. Заключение по запросу уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области

2.2. Работа с детьми и подростками с суицидальным поведением специалистов реабилитационного отделения ЧОЦСЗ

Главная особенность работы реабилитационного отделения ЧОЦСЗ «Семья» с детьми и подростками с суицидальными намерениями заключается в том, что она ведется по конкретным параметрам:

- с выраженной акцентуацией демонстративности (вербально и физически демонстрируют суицидальные намерения);
- наличием в прошлом опыте суицида близких родственников;
- собственная попытка суицида под воздействием пережитой травмирующей ситуации;
- выявленный суицидальный риск в ходе «рабочей» психолого-педагогической диагностики (опосредованное распознавание суицида).

Как отмечает психолог отделения Миннулина А.В, те дети, которые демонстрируют (имитируют) суицидальные намерения (словесно и физически) в психологической диагностике не показывают реальную готовность и предрасположенность к суициду. Чаще это связано с личностными и возрастными особенностями подростков.

Первичный психодиагностический комплекс в этом направлении в Центре был составлен психологом Абалмазовой С. Ф. в 2006 году. В него вошли следующие методики: «Дом-дерево-человек», «Несуществующее животное», Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A.S. и Snaith) и методика М.В. Горской «Изучение склонности подростков к суицидальному поведению (СПСП). Диагностический комплекс апробировался до 2009 года.

На основе анализа результатов психологической диагностики в работе специалистов ЧОЦСЗ «Семья» (2008) была разработана программа первичной и вторичной профилактики суицидального поведения детей и подростков. В задачи программы входило: снижение уровня аутоагрессии и внутренней тревоги и напряженности; повышение самооценки; расширение картины мира ролевого репертуара; оптимизация внутрисемейных отношений, развитие навыков эффективного взаимодействия. Впервые был разработан и утвержден на методическом совете цикл занятий с детьми и подростками «Я сам строю свою жизнь», тренинговое занятие «Умение контролировать свои эмоции» и «Тренинг коммуникативных навыков», состоящий из пяти занятий.

При поступлении ребенка в стационарное отделение заполняется «Индивидуальная реабилитационная карта», которая является основным

документом, в котором фиксируются результаты первичной и вторичной диагностики с целью наблюдения за динамикой реабилитационного процесса (Приложение 1. Форма 4). С одной стороны, карта необходима для написания рекомендаций родителям и специалистам УСЗН территории, планирования уточняющей диагностики, оказания помощи и поддержки семье в постреабилитационный период. С другой стороны, в некоторых случаях по первичной психолого-педагогической диагностике определяется высокая степень суицидального риска, которая требует своевременной и глубокой психотерапевтической работы в отделении.

Например, диагностический случай (с наличием в прошлом опыте суицида близких родственников), когда возникла необходимость госпитализировать ребенка в начале заезда из отделения в период обострения суицидальных намерений в психиатрическую больницу. Мальчик С.Н., 2002 г. рождения, находится под опекой родной бабушки, брат погиб во время суицида. Они вместе с ним в течение нескольких лет подвергались жестокому обращению со стороны сверстников и взрослых.

Первичные наблюдения при поступлении ребенка в отделение (социальный педагог)

- замкнут, насторожен, старается не вступать в контакт.

Психическое состояние ребенка на момент поступления (психолог)

- отстраненность, сдержан в проявлении эмоций, немногословен.

Ежедневные наблюдения (воспитатель).

- неуверенный, настороженный, обидчивый, потерянный, слабо развиты гигиенические навыки.

Результаты первичной социально-педагогической диагностики:

- по социометрии в группе получил статус «отверженного».

Результаты первичной психологической диагностики:

- высокий уровень личностной тревожности, коммуникативные навыки по типу ухода и избегания, фантастический выбор жизни ограничивается реальностью, жизненные ценности не просматриваются, кроме доброй бабушки, деньги, смотреть телевизор, гулять, не рассуждает, умозаключения не может объяснить. Имеются в поведении страхи, вербальная агрессия, наблюдается заниженная самооценка, низкая активность, негативный фон в самочувствии и настроении.

По результатам первичной диагностики методом наблюдения и психодиагностического метода был проведен психолого-педагогический консилиум с целью разработки индивидуальной реабилитационной программы. Суицидальные намерения С.Н. отслеживаются в рисуночной терапии по методу Сильвера (Рис. 1).

Символика изображения в процессе психодиагностики отражает особенности самопрезентации больше на сознательном уровне, чем на бессознательном выражая свою проблему. Рисунки несут печать значимого на С.Н. события - суицида брата.



Рис. 1. Мальчик с суицидальным поведением (на первой сессии)

Элементы рисунка	Интерпретация
Жесткие, большие штрихи	внутреннее сопротивление
черный цвет квадрата	негативная окраска сопротивления
Очень маленькая фигура себя, внизу листа, заштрихована и зачеркнута	отрицание самого себя
Фигурка человека в петле очень маленькая закрашена почти черным квадратом	суицидальные тенденции, не разрешено «жить» или жизнь вокруг очень мрачна
Перечеркивание черного квадрата красными линиями	желание прекратить мрак в жизни
Темное пятно вокруг фигуры обозначено жесткими линиями в виде квадрата	мир сужен, очень жесткий (негибкий) и мрачный
Фигурка посередине листа (настоящее), а темный квадрат (тяжелое событие) находится больше в левой части листа (прошлое)	тяжелое событие из прошлого не дает возможности ему идти дальше
Изобразил себя повешенным на виселице Закрашивание черным цветом и перечеркивание красными чертами	не видит выхода из сложившейся на сегодняшний момент ситуации - смерть отрицание этого выхода
Квадрат в два раза больше по площади фигурки мальчика	ребенок не может без чьей либо помощи справиться с состоянием
Очень маленькая фигурка относительно всей площади листа	низкая самооценка, тревога и скованное эго
Руки очень маленькие	отсутствует стремление к борьбе, преодолению
Руки отведены в стороны	действия и поведение выходят из под самоконтроля
Руки гораздо короче туловища	отсутствуют какие-либо стремления вместе с чувством неадекватности
Недостаточная детализация фигуры	депрессия, нехватка энергии
Ноги немного больше туловища и скруглены	подавленное желание «сбежать» от тяжелой



Рис. 2. Мальчик с суицидальным поведением (на первой сессии)

Элементы рисунка	Интерпретация
Центр листа изобразил себя подвешенным на виселице	не видит выхода из сложившейся на сегодняшний момент кроме смерти
Изображение себя на виселице не перечеркнуто, не заштриховано	считает это действие правильным и в чем-то даже одобряемым или единственно возможным
Нарисована почва, но на ней стоит подставка такой высоты, чтобы фигура человека оказалась четко между ней и виселицей	не смотря на то что, у мальчика есть устойчивость, она со знаком «-»
Фигурка находится между подставкой, стоящей на земле и самой виселицей, он как будто зажат между ними	ребенок попал в какие-то вынужденные обстоятельства
Веревка изображена в виде прямоугольника и нижняя черта этой фигуры подчеркнута очень ярко	ситуация совершения самоубийства «довлеет» над ним
Очень маленькая фигура себя, внизу листа	самооценка занижена, отрицание самого себя
Голова маленькая и полностью заштрихована	уход в сильные негативные эмоции от осознания себя и произошедшего
Руки отведены в стороны	действия и поведение выходят из под самоконтроля
Недостаточная детализация фигуры	депрессия, нехватка энергии, события вокруг не имеют никакой окраски или он вообще их не видит



Рис. 3. Мальчик с суицидальным поведением (на второй сессии)

Элементы рисунка	Интерпретация
Жесткие, большие штрихи	внутреннее сопротивление
Желтый цвет квадрата	сопротивление осталось, но оценка ситуации или события стала более позитивной
Голова увеличилась, улыбка на лице, части тела стали более соразмерными относительно друг друга	увеличение степени осознания самого себя и изменение отношения к себе на более позитивное
Изобразил себя уже не подвешенным, а рядом с виселицей	допускает возможность выхода из сложившейся ситуации
Четко очерчена граница квадрата черным цветом	замкнутость в своем пространстве и акцентированность на произошедшем событии
Квадрат, очерченный яркой, четкой, темной линией	агрессия, страх
Фигурка находится прямо на нижнем краю листа	низкая самооценка, отсутствие четкого «жизненного фундамента»
Фигурка стала больше относительно всей площади листа	Снижение тревожности и скованности эго
Предмет, закрывающий грудь фигуры и большей своей частью находящийся в прошлом	Препятствия из прошлого, мешают в выражении чувств и эмоций. Желание защититься.

Диагностика суицидального риска осуществляется в стационарном реабилитационном отделении среди детей и подростков в цикле занятий по духовно-нравственному воспитанию «Ладья». Цикл занятий проводится психологами центра совместно с иереем Георгием (Артаньян), настоятелем

Храма иконы Божией Матери «Печерская» п. Шигаево и Свято-Троицкого храма д. Долгодеревенское в городе Челябинске. Название одной из тем в цикле занятий «Жизнь и смерть». Основная идея, заложенная в содержании занятия, заключается в том, что конечность жизни придает ей осмысленность, заставляет человека двигаться вперед, развиваться и совершенствоваться. Это – ответственность самого человека. Но для того, чтобы использовать время своей жизни максимально эффективно, нужно ценить ее и заботиться о ее сохранении. Цель занятия: формирование представлений о смерти тела и бессмертии души, работа со страхом смерти, создание условий для обращения к социально-значимым целям своего существования, формирование отрицательного отношения к легализованным формам прекращения жизни (аборту, последствиям саморазрушающего поведения). В занятие включена группа упражнений: «Черный юмор». Цель упражнения: нормализация страха смерти, вентиляция чувств, связанных со смертью; дискуссия-обсуждение притч. Цель: формирование представления о смертности тела и бессмертии души; «Эпитафия». Цель: актуализация процесса постановки социально-значимых жизненных целей; «Суд». Цель: формирование негативного отношения к отдельным формам самостоятельно санкционированной смерти – аборту, саморазрушающему поведению.

Психологи Центра отмечают, что в качестве потенциальных суцидентов на занятии выступают подростки, которые добровольно надевают маску «саботажника и выполняют эту роль на занятии. С ними и сложнее всего работать. Как правило, под маской скрывается действительно личность подростка, склонная к суицидальному поведению. С такими подростками, одновременно с диагностикой, быстрее всего идет и коррекция при работе священника (образ отца). Лазарев Д.А. отмечает, что у священника, ведущего беседу, как будто сделана «прививка» от сопротивления самосознания ребенка «саботажному» поведению. Упражнение «Эпитафия», по мнению психологов, тяжелее всего выполняют благополучные подростки.

Диагностический случай в опыте проведения занятия психологом Абалмазовой С.Ф.

Девочка Р.Н. 15 лет. Четыре попытки суицида. На занятии «Жизнь и смерть» в упражнении «Суд» девочка изъявила желания быть в группе «Дело о самоубийстве». Дети выбрали роли. С.П. – прокурор (16лет), И.З. – адвокат (13л), О.Р. – судья (15 лет), Р.Н. взяла роль «Дело». В ходе осуждения была оказана помощь в составлении речи для адвоката (И.З), т.к. она была не согласна с самоубийством по причине несчастной любви. Р.Н. в ходе развертывания игры вела себя демонстративно и настаивала, чтобы обсуждался не поступок-дело, а человек, т.е. судили конкретную ее личность.

Судья. – Суд идет, прошу всех встать.... Слушается дело о несвершившемся самоубийстве (зачитывается дело о несчастной любви).

Слово предоставляется прокурору С.П. Прокурор. – Обвинительная речь. «...Я обвиняю самоубийство. Даже несчастная любовь не дает право уничтожать себя. Значит, ты испугалась трудностей в любви, и ты не считаешься с родителями, которые родили тебя для счастья своего и твоего. Ты эгоистка – решила как легче тебе. Родители твои от горя могут заболеть и»

Адвокат И.З. Оправдательная речь. « Ей было трудно, может быть это связано с беременностью? У нее не было средств для существования?....»

Р.Н. Это право человека уйти из жизни или жить. Да я так делала».

Присяжные (группа ребят). Ну и дура, а он будет жить, и не будет вспоминать тебя. У него будет красивая жена, дети, машина и все, что он захочет...»

В обсуждение включается Отец Евгений. « Да в жизни бывают трудные ситуации, но самоубийство – тяжкий грех. Родители самоубийцы приходят в храм за утешением от горя, но им отказывают поставить свечку за упокой души. И тогда душа не находит покоя и в другом мире!».

Присяжные. «А я еще знаю, что их не хоронят на кладбище со всеми, только за оградой, да и родственники стыдятся говорить вслух о них».

Р.Н. начинает нервничать и переставляет стул.

Включается психолог и продолжает игру со всеми участниками в следующем упражнении. Задание. Давайте заглянем в будущее ситуации Р.Н. Для этого разделим лист бумаги на две части и создадим портрет девушки-самоубийцы из-за несчастной любви (Табл. 6).

Таблица 6

Мотивация субъекта и объекта суицида в несчастной любви

Девушки-самоубийцы из-за несчастной любви	Молодой человек, ради кого совершен самоубийство
Слабость, эгоизм	Построит карьеру
Не решение проблемы	Полюбит красивую женщину
Не избавление от мучений, если осталась жить и калека. Будет лечиться, это очень дорого.	Купит дом, машину, будет иметь красивых детей
Тяжкий грех из-за непрекращающейся боли близких	Будет вспоминать, и хвастаться друзьям «Была такая дурочка, которая ради него....»
Горе родителей.....

Р.Н. после составления и обобщения списка встает со стула «Дело» и молча пересаживается к присяжным.

Далее идет обсуждение о помощи уже не Р.Н, а просто «Делу».

О ценностях жизни продолжает говорить Отец Евгений.....

В стационарное отделение Р.Н. возвращается спокойной, и «другой» во поведении и внутреннем состоянии.

В зависимости от участников возрастной группы в дискуссии-обсуждении жизни и смерти психологами-тренерами Центра (С.Ф. Абалмазова, Н.С. Вардыга, В.В. Зиновьева, Д.А. Лазарев) используется ряд притч, собранных и отредактированных специалистами организационно-методического отдела, с целью формирования представления о смертности тела и бессмертии души в суждениях ребенка, таким образом, вытесняя вакуум «смерти» - смыслом жизни. То есть работа с притчей является диагностикой смысложизненных ориентаций детей и подростков, выявляя:

- незрелость, несформированность системы ценностей, создающие сознательный «вакуум»;
- преобладание, доминирование абстрактных ценностей или наоборот прагматических, что одинаково может являться мотивом ситуативного суицида;
- замыкание на какой то одной ценности, и в этом случае конфликт невозможно чем либо компенсировать; кроме этого ввиду сверхзначимости ценности такой конфликт очень суицидален;
- несоответствие целей и средств, терминальных и инструментальных ценностей.

НАБОР ПРИТЧ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЯ «Жизнь и смерть».

1. Притча «Дерево».

Ехал путник и увидел, как мужчина около дома сажает маленькие веточки.

- Зачем ты сажаешь их? - спросил путник.
- Дерево вырастет и прикроет дом от зноя, - ответил мужчина.
- Ведь ты уже умрешь, когда оно вырастет, - возразил путник.
- Для нас деревья сажали наши деды, а я сажаю деревья для своих внуков,
- ответил мужчина».

Обсуждаются вопросы:

- *О чем эта притча?*
- *Для чего мужчина посадил дерево около дома?*
- *Что остается от человека после его смерти?*
- *В чем суть выражения «после нас остаются наши дела»?*

2. Притча «О жизни и смерти».

... Когда-то... давным-давно... человек забрался на самую вершину Мира, и прокричал: «Господи, ну почему я всегда кого-то теряю... родных, близких, друзей? Почему нельзя сделать так, чтобы ты не отнимал их у меня? Почему нельзя взять хотя бы одного, и оставить нас дальше радоваться жизни? Я проклинаяю тебя за это!»

Услышал тут Бог человека и сказал: «Хорошо, я выполню твою просьбу. Но, только... кому умереть, ты должен решить сам!»

Пришел человек домой, и думает... кого отдать Богу?!

- Семейю? Не для того она у меня, чтобы отдавать!
- Себя? Не для того я семью заводил, чтобы умирать!
- Друзья? Не для того они меня от смерти спасали, чтобы их предавать!
- Родных? Не для того мы делили хлеб, чтобы у них отнимать!

И поднялся человек обратно на гору. И взмолился он:

- Господи! Мне некого тебе отдать! Я не смог сделать выбор! Не смог!

И ответил Бог: «Запомни! Всегда тяжело терять близких тебе людей! Но, поверь, решать... чью жизнь можно забрать - в сто раз тяжелее! По этому... в следующий раз... подумай... проклинать меня... или поблагодарить! Что я принял это решение за тебя!

- *Что есть человеческая жизнь?*

- *Подумайте, и скажите, чем измеряется жизнь?*
- *В чьей власти человеческая жизнь?*
- *Как бы ты решил вопрос Кому умереть? и почему?*

3. Притча «О смерти».

В бедной семье родилась девушка, получившая имя Алена. Она вышла замуж, но с ней обращались дурно в семье мужа, потому что она была из бедного дома. Когда же она родила сына, ей стали оказывать почёт. Но однажды мальчик умер. Она не встречалась со смертью, поэтому не подпускала людей, пытавших унести мальчика для сожжения. С мыслью:

- Я попрошу лекарство для моего сына. Она взяла его на руки и стала ходить из дома в дом, спрашивая:

- Не знаете ли вы лекарства для моего сына?

Тогда люди ей сказали:

- Ты с ума сошла, дочь? Ты ищешь лекарства для своего мёртвого сына.

Она же говорила сама себе:

- Конечно, я найду кого-нибудь, кто знает лекарство для моего сына.

Тогда увидел её один умный человек. Он сказал ей:

- Я не знаю лекарства, но я знаю человека, который знает о нем.

- Кто же знает о таком лекарстве, милый господин?

- Мастер знает о нем. Пойди к нему и спроси у него! Пошла она к Мастеру, поклонилась ему и спросила:

- Знаешь ли ты лекарство для моего сына, господин?

- Да, я знаю такое лекарство.

- Что же я должна делать?

- Возьми щепотку горчичного семени из дома, в котором не умерли ни сын, ни дочь, ни кто-либо другой.

Она сказала:

- Хорошо, господин! Попрощалась с мастером, взяла своего мёртвого сына и пошла в город. У дверей первого дома попросила она горчичного семени, и когда ей дали, она спросила:

- В этом доме ведь не умер ни сын, ни дочь, ни кто-нибудь другой прежде?

- Что ты говоришь? Живых немного, а мёртвых много. Тогда она возвратила горчичное семя и пошла ходить по другим домам, но нигде не получила желаемого. Вечером она подумала:

- Ах, это трудная работа. Я полагала, что только мой сын мёртв, но в целом городе умерших более, чем живых.

Она оставила своего сына в лесу, пошла к Мастеру, поклонилась ему и стала рядом с ним. Мастер спросил её:

- Получила ли ты горчичное семя?

- Я не получила его, господин. В целом городе мёртвых больше, чем живых. Тогда Мастер сказал ей:

- Ты думала, что только твой сын умер. Это вечный закон для всего живого. Царь смерти уносит, как быстрый поток в море гибели, всех живых существ ранее, чем удовлетворятся их желания.

- *Понравилась ли тебе притча?*
- *Как ты понял, в чем ее смысл?*
- *Найди основную мысль текста.*
- *Кто открыл двери женищине?*
- *Нашла ли она то, что искала? Почему?*
- *Каков вечный закон для всего живого?*

4. Ведическая притча «О смерти»

Крестьянин и его сын пахали вместе поле. Змея укусила юношу, и он умер. Отец не обратил внимания на смерть сына и продолжал работать. Мимо проходил иноземец и спросил:

- Кто этот юноша?

- Мой сын, - ответил крестьянин.

- Что же ты не оплакиваешь его?

- Человек, рождаясь, уже делает первый шаг к смерти... Скорбь и слезы не помогут умершим, - ответил отец.

И никто из семьи не оплакивал умершего.

Мать сказала:

- Жизнь - гостиница: сегодня пришел человек, завтра уйдет.

Сестра добавила:

- Люди подобны бревнам плота, плывущего по морю: пришла буря, разбила плот, разогнала по морю бревна, и им уже никогда не встретиться; на мгновение люди сходятся, расстаются навсегда.

Жена продолжила:

- Две птички летали вместе целый день и целый вечер. Сев отдохнуть на одну и ту же ветку, утром они вспорхнули: может быть, они встретятся, а может быть и нет.

• *Понравилась ли тебе эта история? Почему?*

• *Найди в тексте слова, отражающие главную мысль притчи?*

• *Придумай положительное (хорошее для тебя) окончание этой истории*

5. Притча «Ад и рай»

Самурай по имени Нобусиге пришел к Хакуину и спросил:

- Правда ли, что есть рай и ад?

- Кто ты? - спросил Хакуин.

- Я – самурай, - ответил воин.

- Ты - солдат! - воскликнул Хакуин.

- Что за начальник держит тебя в своем войске? У тебя лицо, как у нищего.

Нобусиге так рассвирепел, что начал вытаскивать свой меч, но Хакуин продолжал:

- У тебя есть меч! Но, наверное, он слишком туп, чтобы снести мне голову.

Когда Нобусиге вытащил меч, Хакуин заметил:

- Тут открываются двери в ад.

При этих словах самурай понял, что хотел показать ему учитель, вложил меч в ножны и поклонился.

- Здесь открываются врата рая, - сказал Хакуин.

• *Что такое ад?*

• *Что такое рай?*

• *Как нужно прожить жизнь, чтобы о вас помнили люди?*

6. Притча «О долголетию»

В первый день Бог создал корову и сказал ей:

- Ты будешь все дни проводить в поле, давать молоко, кормить своих телят и семью фермера. За это я дарю тебе жизнь длиною в 60 лет.

- За что мне такая адская жизнь на 60 лет!" - возмутилась корова. Мне хватит и двадцати, а остальные сорок оставь себе! И Бог согласился.

Во второй день Бог создал собаку и сказал ей:

- Ты будешь все время сидеть у ворот своего дома и облаивать всех проходящих мимо. Дарю тебе жизнь длиною в 20 лет.

- М-да, многовато для гавканья", - расстроилась собака, мне хватит и десяти лет, а остальные забирай назад..." Бог опять согласился.

И вот на третий день Бог создал человека и сказал ему:

- Ешь, спи, развлекайся и наслаждайся жизнью, но сроку на это даю тебе 20 лет. Человек возмутился:

- Что?! Только 20 лет!! Знаешь что, Бог, я беру свои 20 лет, потом 40 лет, что корова тебе вернула, и еще 10 лет, которые отдала собака. Семидесяти лет мне вполне хватит, договорились?

- Ну, будь по-твоему..." - вздохнул Бог. Вот так и сложилось, что первые 20 лет жизни мы спим, едим и развлекаемся, следующие 40 лет работаем, чтобы прокормить свою семью, а в последние 10 - сидим на крыльце и облаиваем каждого кто проходит мимо...

• *Подумайте, и скажите, чем измеряется жизнь?*

• *В чем, по-твоему, ценность человеческой жизни?*

Какой вопрос ты задал бы по этой притче своему сверстнику

7. Притча «Смерть и То, что никогда не умирает»

К священнику пришла женщина, её ребенок умер, а он для нее был всей её любовью и заботой. Она кричала и плакала, так как больше не могла родить ребенка. священник сказал ей:

- Я помогу тебе. Но сначала ты пойдешь в город и принеси несколько горчичных зёрен из дома, где никто не умирал. И женщина пошла в город и ходила от дома к дому. И везде, где бы она ни была, люди говорили ей:

- Мы дадим тебе сколько угодно горчичных зерен, но условие не будет выполнено. В нашем доме умирали люди. И так было вновь и вновь. Но она всё надеялась:

- Может быть... кто знает? Может быть, есть где-нибудь несколько домов, которые не знают смерти

И она шла дальше и дальше, и так целый день. А вечером великое понимание пришло к ней. Смерть - это часть жизни. Она обратная сторона

жизни и происходит постоянно. Смерть не есть личное горе, которое случилось только с ней. С этим пониманием она пришла к священнику. Тот спросил:

- Ну что, где горчичные зерна? А она тихо улыбнулась, опустила к его ногам и попросила:

- Я хочу знать То, что никогда не умирает. Я не прошу вернуть мне сына потому, что даже если это произойдет, он должен будет умереть вновь. Помогите мне найти То, что никогда не умирает.

- *А что никогда не умирает?*
- *Как ты понял, в чем смысл притчи?*
- *Каков вечный закон для всего живого?*

8. Притча «Помни о смерти»

Однажды один священник сел на корабль, чтобы отправиться в морское путешествие. Увидев его на борту корабля, другие пассажиры, как водится в таких случаях, стали один за другим подходить к нему за напутствиями. Всем им он говорил одно и то же, и, казалось, просто повторял одну из формул.

Он говорил:

- Зная, что твой конец неминуем, помни о смерти.

Почти никто из путешественников не обратил особого внимания на этот совет. Но вот корабль поплыл. Много ли, мало ли он плыл, только вскоре разыгрался свирепый шторм. Матросы, а вместе с ними и все пассажиры в панике повалились на колени и стали молиться Богу. Считая себя почти погибшими, они по очереди возносили к небесам неистовые молитвы, ожидая помощи свыше. Все это время священник без всякого движения сидел в стороне и спокойно о чем-то размышлял. Всеобщая паника словно бы его не касалась. Наконец, ветер утих, море успокоилось и из-за туч выглянуло ясное солнце. Придя в себя, пассажиры обратили внимание на безмятежность священника и вспомнили, какое спокойствие он хранил среди всеобщего ужаса.

- Разве вы не осознавали во время этого шторма, что только одни доски отделяли нас от смерти? - спросил один из них.

- О да, конечно, - ответил священник, - я знал, что на море всегда так, но еще на суше я размышлял над тем, что в обычной жизни, среди самых повседневных событий, нечто еще менее прочное отделяет нас от смерти.

- *Как вы оцениваете свою жизнь?*
 - *В чьей власти человеческая жизнь?*
- Что непонятно тебе из этой притчи?*

9. Притча «О боли сердечной и головной»

Жили два брата в большой бедности, и крепкая любовь связывала их сердца, крепкая дружба соединяла дела и помыслы. И были они всегда вместе: и в будни, и в праздники, и в счастье, и в горе. Но вот однажды повезло одному брату: нашел он деньги и не просто несколько звонких монет, а целое состояние.

- И почему я должен делиться с кем-то, если нашел я, подумал разбогатевший в одночасье брат.

И стал он сторониться своего бедного родственника. Но бедняк так любил своего брата, что не заметил никаких перемен. Вот пришел как-то бедный брат к богатому, а тот, спрятавшись, что-то ел, пошутил он над братом и без обиды ушел. Пришел через время и попал на веселый праздник в доме богача. Зашел бедный по привычке в дом брата и увидел хозяина за богато накрытым столом.

- Если у тебя накрыт стол и много света кругом, значит, у тебя праздник в душе, я зашел поздравить тебя. Счастья тебе, мой любимый брат, искренне произнес бедный.

Но богатый не поднял глаз на вошедшего, он сделал вид, что не видит и не слышит, продолжая ковыряться в блюде сладкой еды. И понял вдруг бедный, что пришел не во время, и впервые почувствовал, что ему не только не рады в этом доме, но даже раздосадованы его внезапным непрошеным появлением. Ему стало так неловко и больно, но более за то, что любовь его, чистая и бесхитростная, принимается как дурное явление. В этот момент он не знал, как себя вести и что делать. Потоптавшись, бедняк развернулся и ушел прочь, и больше не появлялся в доме богатого брата. Но с той самой минуты стало болеть у него сердце, не за себя, за мир, в котором властвует зло. И болело оно у него всегда, и переросла эта боль в болезнь сердца, но не ушел он от нее в мир иной, как случается, а жил долго, потому что принимал в свое сердце чужую боль, облегчая жизнь каждого.

А богатый брат, легко отделавшись от надоевшего ему бедного, не унывал, он даже радовался тому, что теперь ему не придется прятаться от бедного брата, с которым надо бы поделиться. С той счастливой для него минуты он сладко ел и сладко пил, имел достаточно богатства и был счастлив. Он постоянно что-то покупал, украшая дом и себя, и в этой погоне за красотой, он чувствовал, как что-то теряет, но некогда было даже задуматься над этим. Искусственная красота ослепила его, и он не замечал уже красоты истинной. Красота человеческая забывалась. Он не помнил уже, что такое добро, бескорыстие, милосердие, человечность. Он жил в довольстве и был счастлив. И одна и та же мысль билась в голове:

- Все мне, все мое, и ни с кем не надо делиться.

Но вдруг появились у него боли в голове и становились они с каждым днем сильнее и сильнее, и стали мучить они его каждодневно. И не было больше счастья, беспрестанная боль была постоянной спутницей его жизни. Не помогли ему ни лекари, ни припарки. И решил он спросить у Мудреца-провидца, как можно избавиться от головной боли. И сказал ему Мудрец:

- Когда жиреет сердце, оно не в состоянии протолкнуть кровь к мозгу, тогда воспаляются мозги и болят.

- Что же делать мне, чем лечиться, чтобы избавить себя от этой мучительной болезни? вопил, изнемогая от боли, богач.

- Похудеть, - ответил Мудрец.

- Но похудеть гораздо тяжелее, чем потолстеть. Чтобы поправиться, сил прикладывать не надо, а чтобы похудеть, огромная сила воли нужна. У таких, как ты, ее обычно не бывает, и умирают подобные тебе не от старости и

дряхлости тела, а в молодости от головной боли, потому что от большой глупости она в основном болит.

Так и случилось, умер богач молодым и от невыносимой головной боли. Сердце болит от чувств, а голова от низких мыслей.

- *Подумайте и скажите, чем измеряется жизнь?*
- *Что такое человеческие ценности? Для чего они нужны?*
- *Что может ценить человек?*
- *Что (такое) есть счастье?*

10. Притча о «Вечной Жизни»

Король Аноширван, которого народ называл Справедливым, как-то однажды прогуливался по своим владениям.

На залитом солнцем косогоре он заметил почтенного старца, согнувшегося в какой-то работе.

Вместе со своей свитой король подошёл поближе и увидел, что старик сажает маленькие саженцы-однолетки.

«Что ты делаешь?» – спросил король.

«Я сажаю деревья, – ответил старец, – Ореховые».

Король удивился: «Ты уже так стар. Для чего ты сажаешь эти ростки, чью листву ты никогда не увидишь, в чьей тени ты никогда не сможешь укрыться и чьих плодов ты никогда не попробуешь?».

Старик взглянул на него и сказал: «Те, кто были до нас, посадили, и мы собираем урожай. Мы сажаем теперь, чтобы те, что придут после нас, тоже смогли кормиться».

В чем смысл вечности жизни?

Ты согласен со словами старца? Если нет, Почему?

Что ты бы сделал для вечности своей жизни?

11. В руках судьбы

Великий японский воин, по имени Нобунага решил атаковать противника, хотя врагов было в десять раз больше. Он знал, что победит, но его солдаты сомневались. По дороге: он остановился у святыни и сказал своим людям:

- После того, как я навещу святыню, я брошу монетку. Если выпадет орел, мы победим, если решка - проиграем. Судьба держит нас в руках.

Нобунага вошел в святыню и молча помолился. Выйдя, он бросил монетку. Выпал орел. Его солдаты так рвались в бой, что легко выиграли битву.

Никто не может изменить судьбу, - сказал ему слуга после битвы

Конечно, нет, - ответил Нобунага, показывая ему монетку, у которой с обеих сторон был орел.

Воин манипулировал? Так можно делать?

В чем смысл притчи?

12. Все в твоих руках

Давным-давно в старинном городе жил Мастер, окруженный учениками. Самый способный из них однажды задумался: «А есть ли вопрос, на который наш Мастер не смог дать ответа?»

Он пошел на цветущий луг, поймал самую красивую бабочку и спрятал ее между ладонями. Бабочка цеплялась лапками за его руки, и ученику было щекотно. Улыбаясь, он подошел к Мастеру и спросил:

Скажите, какая бабочка у меня в руках: живая или мертвая? Он крепко держал бабочку в сомкнутых ладонях и был готов в любое мгновение сжать их ради своей истины. Не глядя на руки ученика. Мастер ответил:

Все в твоих руках.

Может ли человек все знать?

Все ли в его руках? А когда нет?

В целом психодиагностическая работа с детьми и подростками с суицидальными намерениями в стационарном отделении ЧОЦСЗ «Семья» складывается в три этапа (Табл.7).

Таблица 7.

Этапы психодиагностической работы с детьми и подростками с суицидальными намерениями в стационарном отделении ЧОЦСЗ «Семья»

№ п/п	Этапы	Задачи	Методики, методы, приемы, средства
1	Первичной и вторичной психологической диагностики	Выявить наличие признаков суицидальных намерений; определить причины суицидального риска.	Проективные методики: «ДДЧ»; Сильвера; «Несуществующее животное»; «Моя семья». Тесты с учетом возрастной психологии: Тревожности. Агрессивности. Депрессии. Акцентуации характера. САН. Вторичная диагностика включает методики, выявляющие признаки суицидального поведения с учетом возрастных особенностей, психологической травмы, первичных результатов
2	Коррекционный Индивидуальная и групповая коррекция	Проверка эффективности реабилитационного процессаСнижение аутоагрессии, работа с ценностями и смыслом жизни, снижение травматического переживания через формирование новых личностных ресурсов,	Диагностические приемы в технологии коррекционной работы Метод Силвера. Метод анализа продуктов деятельности (элементы куклотерапии). Проективный метод в сказкотерапии, символдрамме, песочной терапии, арттерапии Метод наблюдения в условиях игротерапии в сенсорной комнате. Обратная связь в тренингах и на занятии «Жизнь и смерть» по программе «Ладья».

		разрешение внутриличностных конфликтов, повышение самооценки	
3	Социально-психологическая поддержка и сопровождение семьи	Оказание психолого-педагогической, социально-медицинской и социально-правовой помощи семье. Ранняя профилактика суицидального риска. Оказание психологической помощи в решении внутрисемейных проблем	Видео-консультации (индивидуальные, групповые), онлайн-консультации, телефонное консультирование, индивидуальное и групповое консультирование в условиях выездной консультативной службы

Пример диагностической работы в коррекционной деятельности психолога отделения В.В. Зиновьевой с использованием техники песочной терапии (Рис. 3.).

Оксана (13 лет). В начале заезда в поведении Оксаны наблюдается, беспокойство, скованность, напряженность, общение со сверстниками избирательно, повышен самоконтроль. По результатам тестирования эти внешние паттерны поведения диагностируются. Оксана в общении испытывает коммуникативные трудности, высокий уровень тревожности, понижен фон настроения, высокая напряженность защитных механизмов, демонстративность, чувство обиды и вины.



Первичная сессия



Промежуточная сессия

Рис. 4. Реабилитационный эффект песочной терапии на фотографии построения мира на песке

На первой сессии, мир, построенный Оксаной на песке – это проекция притязания на жизнь в семье (дома) без конфликтов.

На второй сессии девочка вошла в образ дерева, обвитого змеей «Змея лазит по дереву, она неядовитая, но может удушить. Когда змея стягивается вокруг дерева, дереву становится больно, оно ощущает чувство страха. Я хочу научиться жить без страха». Таким образом, использование артерепевтической техники песочной терапии в коррекционной работе является диагностическим приемом для проверки ее эффективности.

Фотография документирует результат процесса, который ребенок только что прошел. Этот снимок — «отчет психического материала, необходимый для символической и динамической интерпретации». Фотография позволяет делать анализ или обзор даже после того, как картина в подносе демонтирована. Рассматривая фотографии, психолог получает возможность видеть то, что раньше не было замечено, появляются новые взгляды и подходы к внутреннему миру ребенка. Таким образом, фотография является ценным диагностическим инструментом, не только как конечный продукт, но и как конкретное изображение процесса.

В индивидуальной песочной терапии суицидального риска подростков психологи отделения используют различные истории, например историю Н.И. Сакович «Про петлю» [17.С. 119].

Текст истории

Знаете ли вы о том, что на белом свете живет петля? А она живет и бродит по всему свету в поисках своей новой жертвы, которая, не подозревая об этом, словно бы зовет, зовет ее к себе — не голосом, нет, а как-то иначе. Но как же?

Петля идет по свету и проходит мимо многих людей, словно не видя их. На самом деле она вовсе не может видеть — она слепая, зато до невероятной тонкости развито у нее другое чувство — она чувствует пульсацию даже не крови человеческой, нет, а чувств человека, всей его жизни. В тех людях, мимо которых петля проходит, не замечая их, бьется живая человеческая жизнь. Ее биение похоже на биение здорового человеческого сердца, на спокойное дыхание, на течение жизни в природе. Поэтому для петли эти люди словно не существуют, они сливаются с чем-то большим, что защищает их и скрывает от омута ее пустого взгляда. Нельзя сказать, что жизнь таких людей пульсирует всегда размеренно и гармонично: как и сердце бегущего человека, биение жизни иногда бывает очень частым, а иногда замедленным, как у спящего. Но что-то есть такое в этой пульсации, что сохраняет ее гармонию и делает ее похожей на качели: как бы высоко они ни взлетели, когда-то им придется опуститься вниз и подняться снова. Они могут раскачиваться очень сильно, но если не раскачивать их, они обязательно замедлят ход и даже могут остановиться, чтобы дать передышку тому, что внутри. Но что это — то, что внутри? Что это за мифический образ — ребенок, взрослый, а, может быть, животное или вообще бесплотный дух, который подчиняет себе пульсацию всей человеческой жизни? Откуда он берется там, внутри? Входит ли он внутрь с первым дыханием человека и живет там всю его жизнь, изменяясь (или не изменяясь?) вместе с ним, или это гость, которого можно пустить туда на время, а затем расстаться с ним или даже выгнать и пригласить другого?

Петля... Она не задается такими вопросами, она просто чувствует, что там - внутри. И, если качели жизни застревают на полпути вниз или вверх, она с другой стороны Земли поспешит туда, подталкиваемая непреодолимой силой - силой воронки, засасывающей в себя все, что попадет на ее дороге. Когда качели жизни застревают, прекращают свое движение, изменяется и биение жизни - оно замутняется и течет тяжелыми толчками, едва не разрывая ее на части, как будто кровь жизни превращается в нефть, которая густеет, густеет, густеет до тех пор, пока сердце не выбьется из сил, разгоняя ее.

Что движет тогда петлей — этой слепой воронкой, разверстым ртом пустоты? Вы на поверите - она спешит на помощь! Качели, застрявшие качели жизни она вновь хочет раскатать, вернуть им утерянное движение! Она обхватывает их всем своим телом и тянет, тянет изо всех сил, чтобы они жили вновь. Но ей не верят, ее не понимают. Те, чья жизнь пульсирует радостным родничком, попросту не видят ее, а те, кому она пытается помочь, чувствуют только боль, страх и удушье — они тянут в другую сторону, и все сильнее душит их петля. Вообще-то сложно сказать, кто из них прав: кто знает, куда нужно тянуть? Но те, кто сдался и доверился ей, только те и победили: сильный взмах качелей, - только один, дальше они сами, — и петля летит в небо, летит, раскрываясь в полете, и в нем она похожа на птицу, бумажную птицу, полет которой заканчивается, едва начавшись. Она падает на землю и лежит вытянувшись, отдыхая после напряжения и полета. Но вот снова чувствует, как где-то застыли качели, быстро густеет кровь жизни, — нужна ее страшная помощь. Она вновь скручивается в петлю и слепо спешит туда, где сможет заполнить свою пустоту, утолить свою ненасытную жажду — смысла и полета.

Наверное, ради нескольких мгновений полета и наполненности — ветром, солнцем, небом, - ради этих мгновений и бродит петля по свету, ненавидимая теми, кому пытается помочь, незаметная для тех, кому пока не нужна ее помощь. Помощь ее иногда бывает страшной, может, поэтому и ненавидят ее люди. Какое им дело до того, что они сами тянут в другую сторону до тех пор, пока петля не удушит их жизнь насмерть, пока не рухнут на землю застрявшие качели! Винят ее — петлю! Винят за то, что ее никто не звал, что она жестока, что она тянет не туда куда нужно, винят и ненавидят.

Кто знает, может, она и рада была бы бросить свое страшное ремесло, но она устроена так, что пустота внутри нее вечно требует наполнения, смысла, а получить их она может лишь в мгновения, краткие до слез мгновения полета. И этот полет ей могут подарить лишь возвращенные к жизни людские качели. Благодарность ли это, чувствуют ли люди благодарность к петле? Наверное, нет. Ведь многие из них с облегчением сбрасывают петлю с себя и зашвыривают ее так далеко, как только могут, — думают, что тогда она не вернется к ним больше. Вряд ли это благодарность. Но это плата, плата за ремесло.

С 2013 года в стационарном отделении под руководством Крыловой О.В. результаты диагностики оцениваются по четырем критериям эффективности реабилитационного процесса (Табл.8).

Таблица 8.

Критерии оценки эффективности реабилитационного процесса

Социально-медицинская	Социально-психологическая	Социально-педагогическая	Воспитательная	Средний балл
11	8	15	12	12

1-10* баллов - отрицательный результат; 11-20** баллов – нейтральный результат; 21-30*** положительный, медленный; 31-40**** положительный скачкообразный.

Оценка эффективности результатов коррекционной работы с детьми, прошедшими курс реабилитации в стационарном отделении осуществляется, опираясь на параметрический метод.

1) исходное психологическое состояние ребенка при поступлении в стационарное отделение реабилитации детей.

2) контрольное психологическое состояние ребенка (после проведенной коррекционной работы).

Сравнительный анализ психологического состояния ребенка до и после коррекционной работы представляет собой «реабилитационный эффект». Критерии оценки эффективности результатов коррекционной работы с детьми от 6 до 16 лет в реализации индивидуальной реабилитационной программы разработаны по четырем направлениям: социально-медицинское, социально-психологическое, социально-педагогическое, воспитательное (Табл.9,10).

Таблица 9.

Критерии оценки эффективности результатов коррекционной работы с детьми, прошедшими курс реабилитации по индивидуальной реабилитационной программе

Направление	Критерии оценки коррекционной работы	Методы оценки	Параметры оценки	Оценка эффективности в баллах
1. Социально- медицинское	Физическое состояние здоровья и самочувствие ребенка	Медицинский осмотр, анамнестический метод, биографический метод	Анамнез, биометрические и внешние показатели	1-10 (отрицательный результат), 11-20 (нулевой результат), 21-30 (положительный результат), 31-40 (высокий положительный результат)
	Тип травматического, стрессового расстройства (тревожный, астенический, дисфорический, соматоформный)	Клиническая беседа, метод наблюдения	Немотивированная тревога, смена настроения, нарушение сна, равнодушие к жизни, вялость, слабость, апатичность, раздражительность, мстительность, агрессивность,	

			болезненные ощущения внутри тела	
2. Социально-психологическое	Эмоциональное состояние	Метод АРТ – терапии - рисуночный (адаптированный А.С. Копытиным)	Выраженное отрицательное; Умеренно выраженное отрицательное; Нейтральное неясное амбивалентное; Умеренно положительное; Выраженное положительное.	1-10 (отрицательный результат), 11-20 (нулевой результат), 21-30 (положительный результат), 31-40 (высокий положительный результат)
	Отношение с окружающими	Наблюдение	Замкнутость, нарушение коммуникации, озлобленность, жестокость	
	Положение в группе	Социометрия	Непризнан, отвержен большинством, изолирован	
	Личностные нарушения Нарушения ВПФ (высших психических функций)	Тестирование Программно- аппаратные комплексы (ПАКПФ-02, ТММ Мираж, компьютерная психодиагностика , коррекция и развитие).	Низкая самооценка, высокий уровень тревожности, агрессивность, конфликтность, Депрессия. Высокий уровень невнимательности, нарушений памяти, нарушений мышления.	
3. Социально-педагогическое	Социальная дезадаптация	Метод наблюдения, беседа, Анкетирование	Неумение приспосабливаться в группе сверстников, выстраивать межличностные отношения	1-10 (отрицательный результат), 11-20 (нулевой результат), 21-30 (положительный результат), 31-40 (высокий положительный результат)
	Неправильный тип семейного воспитания		Гиперопека, гипоопека, жестокое отношение и др.	
	Нарушения в поведении		Неспособность произвольной регуляции поведения	
	Педагогическая запущенность		Несформированность свойств субъекта деятельности и общения	
4. Воспитатель	Культура поведения в быту	Метод наблюдения, беседа, Анкетирование	Культурно- гигиенические навыки, самообслуживание, культура поведения за столом, поведение в сончас	1-10- низкий уровень; 11-20-невысокий; 21-30-средний; 31-40-высокий

	Коммуникативные навыки		Общение со сверстниками, общение с взрослыми, умение решать конфликты.	
	Дисциплинированность, воспитанность.		Отношение к поручениям взрослых, обладание тактом и основными нравственными качествами, в поведении на занятиях со специалистами, вредные привычки, употребление ненормативной лексики.	
	Дружба и взаимопомощь		Взаимоотношения между детьми в группе, которые выражаются в эмпатии и взаимопомощи	

Таблица 10

Характеристика уровней оценки эффективности индивидуальной реабилитации ребенка

	Балл	Уровень эффективности	Характеристика уровня эффективности коррекционной работы
1. Социально-медицинское	1-10	Отрицательный	Ухудшение общего физического состояния здоровья и самочувствия; снижение биометрических и внешних показателей; обострение типических характеристик стрессового расстройства.
	11-20	Нулевой	Остается без изменений общее физическое состояние здоровья и самочувствия, биометрические и внешние показатели; сохраняются типические характеристики стрессового расстройства.
	21-30	Положительный	Улучшение общего физического состояния здоровья и самочувствия, повышение биометрических и внешних показателей; снижение типических характеристик стрессового расстройства.
	31-40	Высокий положительный	Значительное улучшение общего физического состояния здоровья и самочувствия; существенное повышение биометрических и внешних показателей; резкое снижение типических характеристик стрессового расстройства.
2. Социально-психологическое	1-10	Отрицательный	Выраженное и умеренно выраженное отрицательное психологическое эмоциональное состояние ребенка; в отношениях с окружающими замкнут, нарушены коммуникации, проявляется озлобленность и жестокость; социальный статус в группе «отверженный»; низкая самооценка, высокий уровень тревожности, агрессивности, конфликтности и депрессии; высокий уровень невнимательности, нарушений памяти и мышления

	11-20	Нулевой	Нейтральное, неясное, амбивалентное эмоциональное состояние и настроение у ребенка; в отношениях с окружающими не произошло заметных изменений; социальный статус «изолированный» или «пренебрегаемый»; самооценка, уровень тревожности, агрессивности, конфликтности и депрессии без изменений; уровень невнимательности, нарушений памяти, и мышления остаются без изменений
	21-30	Положительный	Умеренно положительное эмоциональное состояние и настроение ребенка; в отношениях с окружающими появляется сотрудничество, повышается уровень коммуникативности, озлобленность и жестокость проявляется ситуативно, социальный статус «принимаемый»; адекватная самооценка, снижение уровня тревожности, агрессивности, конфликтности и депрессии; концентрация, распределение и переключение внимания приобретают устойчивости, снижение уровня нарушений памяти и мышления
	31-40	Высокий положительный	Выраженное положительное эмоциональное состояние ребенка; отношения с окружающими нормализуются, социальный статус «лидер» и «звезда»; адекватная самооценка, резкое снижение уровня тревожности, агрессивности, конфликтности и депрессии; быстрое изменение устойчивости, концентрации, распределения, переключения внимания; резкое уменьшение количества нарушений памяти и мышления
3. Социально-педагогическое	1-10	Отрицательный	Ребенок социально дезадаптирован, в группе сверстников не может выстраивать межличностные отношения, не контролирует свое поведение
	11-20	Нулевой	Отсутствует динамика положительных изменений в поведении ребенка
	21-30	Положительный	В поведении ребенка появляются навыки активной саморегуляции и конструктивного взаимодействия, повышается уровень адаптации в малой группе
	31-40	Высокий положительный	Резкие положительные изменения в межличностных отношениях и самоконтроле, меняется отношение к психотравмирующей ситуации
4. Воспитательное	1-10	Отрицательный	Культурно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания остаются на низком уровне, ребенок конфликтует со сверстниками, не умеет выстраивать отношения со взрослыми, не контролирует свое поведение
	11-20	Нулевой	Отсутствует динамика положительных изменений в поведении ребенка
	21-30	Положительный	В поведении ребенка появляются навыки активной саморегуляции и конструктивного взаимодействия, повышается уровень адаптации в коллективе, отмечается улучшение навыков самообслуживания, культурно-гигиенических навыков, повышается дисциплинированность, воспитанность, появляются устойчивые интересы, ребенок включается в досуговую деятельность, улучшаются коммуникативные навыки, снижается конфликтность.

	31-40	Высокий положительный	Резкое изменение положительных тенденций поведения в быту, повышение уровня коммуникативных навыков, уровня дисциплинированности и воспитанности, умения организовать досуг.
--	-------	--------------------------	--

При анализе показателей произошедших изменений в состоянии ребенка можно выделить несколько уровней проявления эффективности реабилитационного процесса. При этом каждый показатель следует оценивать отдельно, а общий эффект – определять на основе суммирования. Экспериментально установлено, что эффективность реабилитационных мероприятий проявляется на четырех уровнях:

1-й уровень – отрицательный уровень, то есть отрицательные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано снижение уровня проявлений планируемых к положительному изменению качеств (от 1 до 10 баллов).

2-й уровень – нулевой уровень, то есть нулевые изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано тождество проявлений планируемых к положительному изменению качеств (от 11 до 20 баллов).

3-й уровень – положительный эволюционный уровень, то есть плавные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано положительное изменение планируемых качеств, и порядок этого изменения равен повышению на один уровень степени сформированности (от 21 до 30 баллов).

4-й уровень – положительный скачкообразный уровень, то есть скачкообразные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано положительное изменение планируемых качеств, и порядок этого изменения равен повышению на два и более уровня степени сформированности (от 31 до 40 баллов).

Наиболее оптимально является достижение ребенком третьего уровня, потому что в данном случае происходит плавное изменение показателей эффективности процесса реабилитации.

**Характеристика эффективности результатов
диагностико-коррекционной работы по основным направлениям
индивидуальной реабилитационной программы (Таб. 11- 14):**

1. Социально-медицинское направление.

Медицинский работник *оценивает* информацию об общем физическом состоянии ребенка, которое оценивается по четырем уровням (Табл.11):

**Уровни эффективности
социально-медицинских показателей реабилитации**

Уровни эффективности	баллы
Отрицательный уровень. Ухудшение общего физического состояния и самочувствия, травматизация в период реабилитации.	1-10
Нулевой уровень. Отсутствие динамики, состояние ребенка остается на прежнем уровне, без изменений.	11-20
Положительный уровень. Отмечается общее улучшение физического состояния ребенка, самочувствия, биометрических и внешних показателей.	21-30
Положительный скачкообразный уровень. Быстрые и резкие положительные изменения общего физического состояния в течение всей реабилитации.	31-40

Оценка уровней физического состояния ребенка осуществляется на основании наблюдения, оценки внешних показателей, медицинского осмотра: сбор анамнеза (опрос ребенка и родителей), биометрические показатели (рост, вес, давление, температура).

2. Социально – психологическое направление.

Психолог оценивает уровень психического и психологического здоровья ребенка, межличностные отношения в группе сверстников и особенности личностного развития. Методы оценки эффективности реабилитации – психологическая диагностика (личностные и проективные методики), социометрия, сравнительный анализ результатов исходной и заключительной диагностики.

Проективные методики: «Моя семья», «Несуществующее животное», «Человек. Человек под дождем», «Кактус».

С подростками проводится дополнительная диагностика акцентуаций характера (А. Личко).

Личностные опросники: тест тревожности Филипса, Басса-Дарки, тест Люшера, тест Р. Кеттелла.

**Уровни эффективности
социально-психологических показателей реабилитации**

Уровни эффективности	Баллы
Отрицательный уровень. Ухудшение общего психического состояния ребенка, повышение уровня тревожности, агрессивности, конфликтности, отрицательный статус ребенка в группе, плаксивость, плохое настроение, замкнутость.	1-10
Нулевой уровень. Отсутствие положительной динамики, психологическое состояние ребенка остается на прежнем уровне, без изменений.	11-20

Положительный уровень. Отмечается положительный фон в эмоциональном состоянии, наблюдается снижение психоэмоционального напряжения, повышение уровня развития коммуникативных способностей.	21-30
Положительный скачкообразный уровень. Быстрые и резкие положительные изменения общего психологического состояния ребенка и поведения.	31-40

3. Социально-педагогическое направление.

Социальный педагог *оценивает* особенности взаимоотношения ребенка в группе, социальную адаптацию, стиль воспитания в семье, выявляет интересы и склонности в сфере профессиональной деятельности, уровень развития творческих способностей и навыков эмоциональной саморегуляции, проступки и поступки.

Методы оценки социально-педагогической эффективности: тестирование опросник ДДО, «Будь готов!», тест креативности Торранса, карта наблюдений Стотта, сетевая карта, проективная методика «Рисунок семьи» (Табл.13).

Таблица 13.

Уровни эффективности социально-педагогических показателей реабилитации

Уровни эффективности	баллы
Отрицательный уровень. Социально-психологическая дезадаптации ребенка в школе и в группе сверстников (пропуск учебных занятий без уважительной причины, самовольные уходы из дома, воровство, бродяжничество, употребление ПАВ, конфликтность, правонарушения).	1-10
Нулевой уровень. Отсутствие положительной динамики в изменении поведения ребенка.	11-20
Положительный уровень. В поведении исчезают негативные реакции, повышается контактность в общении со сверстниками и самоконтроль в поведении.	21-30
Положительный скачкообразный уровень. Резкие и быстрые положительные изменения в адаптации, общем эмоциональном состоянии и поведении.	31-40

4. Воспитательное направление

Воспитатель *оценивает* уровень развития культурно-гигиенических навыков, самообслуживания, степень дисциплинированности и воспитанности, направленность интересов, отношение к делу, к людям и к себе (Табл.14).

**Уровни эффективности реабилитации в аспекте
воспитательной работы**

Уровни эффективности	баллы
Отрицательный уровень. Низкий уровень развития культурно-гигиенических навыков, самообслуживания, дисциплинированности и воспитанности. Отсутствие интересов, досуг ребенка не организован, лень, безразличие, безволие, грубость, неадекватное реагирование на критические замечания взрослых, конфликтные отношения со сверстниками.	1-10
Нулевой уровень. Отсутствие положительной динамики.	11-20
Положительный уровень. Улучшение навыков самообслуживания, культурно-гигиенических навыков, дисциплинированности, воспитанности, появление устойчивых интересов, включение ребенка в досуговую деятельность, повышается контактность в общении со сверстниками и самоконтроль в поведении.	21-30
Положительный скачкообразный уровень. Быстрые и резкие положительные изменения общего состояния и поведения ребенка.	31-40

Оценка осуществляется в ходе наблюдения поведения ребенка в культурно-массовых мероприятиях (экскурсия, дискуссия, диспут, час общения), в столовой, в спальне. На заключительном МППК суммируются все полученные результаты по четырем направлениям, и определяется уровень эффективности реабилитационной программы.

После МППК оформляются рекомендации на постреабилитационный период.

2.3. Работа с детьми и подростками с суицидальным поведением специалистов отделения экстренной линии детского телефона доверия под единым общероссийским номером 8-800-20000-122

«Детский телефон доверия» предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся с целью предотвращения у них суицидальных действий. Основная задача состоит в ликвидации, у обратившихся, кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций.

Диагностическая работа отражается в деятельности специалистов детского телефона доверия в разработке и дополнении алгоритмов телефонного консультирования с суицидентами, разработке и обновлению буклетов по профилактике и выявлению суицидального поведения среди детей и подростков.

Новые тенденции и условия суицидального поведения (критерии и признаки) обсуждаются специалистами отделения на пресс-конференциях, в

пресс-центре газеты «Аргументы и факты», рекламной деятельности и супервизии.

В статистике (рейтинг) по классификатору проблем суицидальное поведение занимает на экстренной линии телефона доверия небольшой процент от 0,3 до 0,5 % среди всех других проблем, и количество обращений колеблется от 115 до 160 человек в год. Цифры на первый взгляд устоявшиеся, небольшое различие, но за каждой из них стоит жизнь ребенка (Рис. 5).

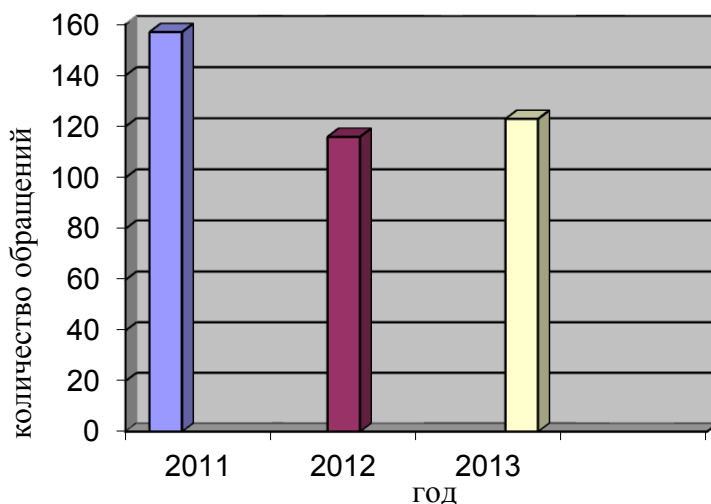


Рис. 5 Количество детей и подростков, обратившихся за помощью на экстренную линию телефона доверия

Основные диагностические признаки обратившихся за помощью: поиск смысла своего существования и осмысления конечности собственной жизни; утрата веры, надежды, любви; интеллектуальная проблема, связанная с идеей времени, которое кажется одновременно циклическим и необратимым; страхи и тревожность.

По предложению инспектора по особым поручениям Главного управления по обеспечению охраны общественного порядка и координации взаимодействия с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации МВД России С. Спирина в отделении была разработана схема отработки звонков выходящих за рамки телефонного консультирования.

Например, в 2014 году поступил звонок от девочки, представившейся Дашей (15 лет). У Даши в ходе телефонной беседы диагностируются суицидальные мысли на фоне сексуального насилия со стороны родного дяди (57 лет), недавно освободившегося из мест лишения свободы. Первичный звонок длился несколько часов. При сборе информации выяснилось, что она – сирота, находится под опекой у бабушки, мать скончалась, отец лишен родительских прав, есть старший брат. Придерживаясь алгоритма телефонного консультирования по проблеме инцеста, в беседе шла работа со снижением острого эмоционального состояния (девочка не могла уснуть, в памяти всплывали сцены пережитого насилия). Даша испытывала беспокойство по поводу близких ей людей, так как дядя угрожал расправой, если девушка

сообщит о случившемся кому-либо. Написать заявление в полицию она отвергла сразу, ссылаясь на страх перед исполнением угроз со стороны насильника и обратиться за помощью к врачам отказывалась. Девушка ссылаясь на то, что не желает, чтобы врачи к ней прикасались, и что они обязательно сообщат в правоохранительные органы.

Даша периодически выходила на связь с консультантами телефона доверия по поводу переживаний, связанных с смс-сообщениями от дяди-насильника, который интересовался, не соскучилась ли она по нему, не желает ли Даша повторить встречи. Она боялась, что дядя будет её преследовать, поджидать возле школы. Девочке предлагалось множество реальных действий, обеспечивающих ее безопасность, с некоторыми из них она соглашалась (поменять сим-карту в телефоне, обратиться к другу, который будет ее встречать со школы, а когда он не сможет идти ночевать к однокласснице и др.)

Психологическое сопровождение, а точнее психологическое присутствие для девочки зарегистрировано в 22 обращениях по сексуальному насилию и 8 по суицидальным мыслям. Телефон доверия стал той диагностической соломинкой, способной спасти подростка от суицидального намерения.

Глава III. Методы и методики индивидуальной и групповой психологической диагностики суицидального риска, намерений и поведения

3.1. Метод тестирования. Оценка суицидального риска и намерений.

Психологическая диагностика детей и подростков направлена на определение степени выраженности суицидальных намерений, комплексного сопровождения и стратегий оказания психологической помощи. Работа психодиагноста требует в первую очередь знания методов и методик психологического обследования суицидального поведения ребенка, хороших навыков в их практическом применении. Чтобы взаимодействие с обследуемым ребенком было корректным, специалист, осуществляющий диагностику должен точно представлять содержание и назначение методик, которыми он пользуется, знать их теоретическое обоснование и критерии надежности, валидности, достоверности. Кроме того, он должен четко ориентироваться в реальной ситуации обследования, видеть ответственность за получение, использование и хранение психологической информации всеми его участниками [14].

Диагностика суицидального поведения включает в себя выявление непосредственных суицидальных тенденций, ближайших суицидоопасных состояний и позиций личности, predisпозиционных суицидогенных личностных характеристик, форм и уровней дезадаптации); личностно-ситуационных факторов (конфликтов и суицидальных мотивов); групповых факторов риска (социально-демографических и прочих средовых).

В настоящее время опросники и анкеты являются одними из наиболее распространенных диагностических инструментов, используемых при оценке

суицидального риска и намерений. Специализированные опросники делят на две группы:

- 1) - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний;
- 2) - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида.

Для того, чтобы выбрать правильные и эффективные методики и опросники для профилактики и коррекции суицидального поведения используется метод психодиагностической беседы и метод самоотчета. Все методики и методы рассчитаны на здоровых детей и подростков в психическом отношении.

Процедура психодиагностического исследования включает:

1. Подготовку к исследованию, определение целей и задач, подбор методик, их освоение.
2. Беседу с ребенком (подростком), установление положительного эмоционального контакта, формирование мотивации на выполнение заданий.
3. Проведение психодиагностики, рассчитанную по времени на возраст и особенности поведения ребенка.

Весь комплекс предлагаемых в методическом пособии методик и методов для мобильности и оптимальности использования специалистами мы представляем в свернутой характеристике (Табл. 15).

Таблица 15.

Обзор методик для диагностики непосредственных показателей суицидального поведения детей и подростков

Показатели диагностики	Источник	История создания
<p>В. Войцех, А.А. Кучер, В.П. Костюкевич Методика «Психодиагностика суицидальных намерений» у детей (ПСН «В») Цель: Исследование аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - алкоголь, наркотики - несчастная любовь - противоправные действия - деньги и проблемы с ними - добровольный уход из жизни - семейные неурядицы - потеря смысла жизни - чувство неполноценности, ущербности, уродливости - школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути - отношения с окружающими 	<p>Кучер, А. А. Выявление суицидального риска у детей / А. А. Кучер, В.П. Костюкевич // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2001. - №. 3. - С. 32-39.</p> <p>С.Т. Губина, Н.Л. Югова, Р.Р. Камалов, Н.Б. Симакова, Практическая психология в деятельности классного руководителя: профилактика суицидального</p>	<p>Методика была одобрена экспертной комиссией Московского НИИ психиатрии и в 1998 г. С 2000 г. внедрена в деятельность психологов Министерства внутренних дел России. С 2009 г. применяется школьными психологами Минобразования России. В апреле 2012 г. методика ПСН стала использоваться в качестве базисного психод-го средства в НИР Департамента образования города Москвы по теме «Создание условий для оказания комплексной психолого-педагогической и</p>

	подведения подростков в сети Интернет, Глазов, 2013.- С. 250-256.	информационной помощи в кризисной ситуации для подростков и молодежи, направленных на профилактику суицидального поведения несовершеннолетних».
Шмелев А.Г. Опросник суицидального риска ОСР		
Цель: Диагностика суицидального риска, выявление уровня сформированности суицидальных намерений		
<ul style="list-style-type: none"> - демонстративность - аффективность. - никальность. - несостоятельность. - социальный пессимизм. - слом культурных барьеров. - максимализм. - временная перспектива. - антисуицидальный фактор 	Шмелев А.Г. , Белякова И.Ю. Опросник суицидального риска./ Практикум по психодиагностике. – М.: МГУМ, 1992. – С. 8.	Опросник прошел психометрическую адаптацию И.Ю. Беляковой, выполненной под руководством А.Г. Шмелева. Далее он был дополнен вопросами ответы на которые, выражают специфику суицидентов. Опросник опирается на новую и оригинальную «четырёх-полюсную» концепцию личностных черт, позволяющую существенно сократить артефакт социально-желательного ответа.
А.Н. Орел Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП)		
Цель: Измерение готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.		
<ul style="list-style-type: none"> - склонность к преодолению норм и правил - склонность к аддиктивному (зависимому) поведению. - склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению - склонность к агрессии и насилию - солевой контроль эмоциональных реакций. - склонность к деликвентному поведению 	Определение склонности к отклоняющемуся поведению (А.Н. Орел) / Клейберг Ю.А. Социальная психология девиантного поведения: учебное пособие для вузов. – М.: Сфера Юрайт, 2004. С.141-154.	Первоначально был разработан мужской вариант методики подростковой популяции, позднее дополнен женским вариантом.
Погодин И.А. Методика определения степени риска совершения суицида		
Цель - выделение детей группы суицидального риска; сопровождение детей и их семей с целью предупреждения суицида.		
На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам психодиагностической беседы отмечается наличие выраженности перечисленных в карте факторов:	Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие – 2-е изд. М.: «Стереотип: Флинта», 2011. – 189 с.	Погодин И.А. работал на телефоне доверия и первыми клиентами были люди, находящиеся в суицидоопасном кризисе. Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Сбор информации осуществляется традиционными методами,
<ul style="list-style-type: none"> - данные анамнеза - актуальная конфликтная 		

<p>ситуация - характеристика личности При этом напротив каждого фактора следует поставить его условный «вес»: отсутствует, слабо выражен, присутствует, наличие не выявлено</p>		<p>которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальная беседа, изучение и анализ документов.</p>
<p>Юнацкевич П.И. Диагностика «СР-45» Цель: Выявление склонности к суицидальным реакциям и констатация начального уровня развития склонности личности к суициду в период обследования</p>		
<p>Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (40): $Sr = N/35 \pm 0.07$ где N количество совпадающих с «ключом» ответов. Показатели, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к нулю - о низком уровне.</p>	<p>Юнацкевич П.И. Основы психолого-педагогической диагностики и коррекции суицидального поведения. – СПб: ВИКА им. А.Ф. Можайского, 1998. – 160 с.</p>	<p>Юнацкевич П.И. выделим группы социетальных и социально-психологических факторов, оказывающих влияние на суицидальный риск опираясь на зарубежные исследования К. Лукас, Г. Сейден, Э. Шнейдман, Н. Фарбероу и российские разработки психологов Т.И. Заславской, С.В. Кондричина, А.А. Быкова, А.А. Давыдова, Б.Н. Порфирьева, С.Г. Олькова, В.Н. Шубкина, М.Б. Данилова, И.М. Елисеева, Л.И. Постоваловой, Н.Н. Проскурниной, О.В. Бровчук.</p>
<p>М.В. Горская Склонность подростка к суицидальному поведению (СПСП) Цель: изучить склонности подростков к суицидальному поведению</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - уровень тревожности - уровень фрустрации - уровень агрессии - уровень ригидности. 	<p>Горская М.В. Диагностика суицидального поведения подростка.// Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2008, № 1.– С. 44-52.</p>	<p>Авторская разработка</p>
<p>Ю.Р. Вагин Суицидальная мотивация Цель: Выявить и проанализировать мотивационные аспекты суицидального поведения, которые позволяют оценить выраженность суицидальных тенденций.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - альтруистическая мотивация (смерть ради других). - анемическая (потеря смысла жизни). - анестетическая (невыносимость страдания). - инструментальная (манипуляция другими). - аутопунитическая (самонаказание). - гетеропунитическая (наказание других). 	<p>Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. - Пермь, 1999. - 103 с.</p>	<p>Тест состоит из 35 наиболее типичных утверждений, отобранных во время клинико-психологического исследования лиц с суицидальными тенденциями в период 1996-98 г.</p>

- поствиталяная (надежда на что-то лучшее после смерти).		
Ю.Р. Вагин «Противосуицидальная мотивация»		
Цель: выявить и проанализировать противосуицидальные мотивационные комплексы позволяющие оценить сформированность противосуицидальной защиты.		
- провиталяная мотивация (страх смерти). - религиозная мотивация - этическая (чувство долга перед близкими людьми). - моральная (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения). - эстетическая - нарциссическая (любовь к себе). - когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход). - временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему). - Финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть)	С.Т. Губина, Н.Л. Югова, Р.Р. Камалов, Н.Б. Симакова, Практическая психология в деятельности классного руководителя: профилактика суицидального подведения подростков в сети Интернет: Монография. – г. Глазов, 2013.- С. 244-247.	Авторская разработка
Piers, D.W. Шкала суицидальных интенций Пирса		
-обстоятельства совершенного суицида -самоотчет -медицинский риск	Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях.- Томск. ООО «Рекламная группа Графика»,2013.- С. 41-42	
Зотов М., Петрукевич В.М., Сысоев В.Н. Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»		
Цель: объективном измерении психофизиологических реакций для решения задач профилактики, психотерапии и реабилитации суицида.		
показатель суицидального риска (ПСР) - сенсомоторные реакции - степень фиксации внимания - степень различия средних временных показателей переработки нейтральной информации и информации суицидального характера	Зотов М., Петрукевич В.М., В. Сысоев В.Н Методика экспресс-диагностики суицидального риска «Сигнал»: Методическое руководство.- СПб: Иматон, 2003.- 17 с.	Объективный личностный тест. Компьютерная программа института практической психологии «Иматон» info@imaton.com
Г. А. Мюррей ТАТ. Тематический апперцептивный тест (4 фотографии)		
Цель: Исследование движущих сил личности - внутренних конфликтов, влечений, интересов и мотивов.		

<ul style="list-style-type: none"> - Ведущие мотивы, отношения, ценности. Аффективные конфликты и их сферы. - Способы разрешения конфликтов (позиции, механизмы защиты). Индивидуальные особенности аффективной жизни личности. - Самооценка. Фотографии (4) выявляют депрессивные и суицидальные тенденции, подозрительность и скрытую агрессивность, вплоть до паранойи. Отношение к смерти близких, собственные страхи смерти, депрессивные тенденции. 	<p>Леонтьев Д. А. Тематический апперцептивный тест. 2-е изд., стереотипное. М.: Смысл, 2000. – 254 с.</p>	<p>Проективная методика ТАТ разработана в Гарвардской психологической клинике в 1935г. Первичное допущение состоит в том, что завершая или структурируя незавершенную или неструктурированную ситуацию, индивид проявляет в этом свои стремления, диспозиции и конфликты. Следующие 5 допущений связаны с определением наиболее диагностически информативных рассказов или их фрагментов.</p>
<p>3. Королёва «Ваши суицидальные наклонности» Цель: определение суицидальных наклонностей субъекта</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - актуальное настроение - саморегуляция - суицидальные мысли - степень чувствительности - манипулирование суицидальными мыслями - подсознательное 	<p>3. Королева Познай себя. 100 графических тестов. - М.: «ЭКМО-ПРЕСС», 2002. – С. 155.</p>	<p>Проективная методика</p>
<p>Л.Б. Шнейдер Графический тест «Ваши мысли о смерти» Цель: Прояснение отношения к смерти, глубинных мыслей</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - присутствие-отсутствие страха смерти - интерес к смерти - пессимизм-оптимизм по отношению к смерти - философское отношение 	<p>Л.Б. Шнейдер Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академический Проект: Трикста, 2005.- С.190</p>	<p>Проективная методика</p>
<p>Джозеф М. Сакс и С. Леви Метод незаконченных предложений Цель: оценка отношений к себе, семье, сверстникам, к взрослым, к переживаемым страхам и опасениям, отношение к прошлому и будущему, к жизненным целям.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - отношение к отцу - отношение к себе - нереализованные возможности - отношение к подчиненным - отношение к будущему - отношение к вышестоящим лицам - страхи и опасения - отношение к друзьям - отношение к своему прошлому - отношение к лицам противоположного пола - сексуальное отношение 	<p>Проективная психология. Антология. М.,2010.- 416 с. ISBN 978-5-903182-56-5</p>	<p>Тест был разработан Джозефом М. Саксом и С. Леви в 1950 годах, относится к проективной диагностике, является вариацией техники словесных ассоциаций. Методика апробирована Г.Г. Румянцевым (1969), показавшим ее эффективность для проведения реабилитационных мероприятий. (вариант Saks–Sidney). Он состоит из 64 незаконченных предложений. Они разделяются на 16 групп по 4 предложения; каждая из этих групп</p>

<ul style="list-style-type: none"> - отношение к семье - отношение к сотрудникам - отношение к матери - чувство вины 		соответствует определенной сфере отношений человека.
<p>Луиза Дюсс (адаптация М. Габрунер, В. Соколовская) Эмоционально-личностный тест «Сказка «Похороны»</p>		
<p>Цель: выявление отношения ребенка к смерти, а также агрессивности и стремления к разрешению конфликтов смертью, возможности возникновения спонтанно эмоциональных явлений, которые обычно не проявляются в поведении ребенка, но в то же время действуют в нем.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - отношение ребенка к смерти -агрессивности, разрушительности и тесно взаимосвязанному чувству вины и самобичеванию. 	<p>Завражин С.А., Жукова Н.В. Исследование отношения к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта// Вопросы психологии. – 2006, №2. – С. 58-67. Валиева С.В. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста. – СПб.: Речь, 2007. - 240 с.</p>	<p>Эмоционально-личностный тест «Сказка» разработан детским психологом, доктором Луизой Дюсс в 1940 году и переведен на английский язык Десперт. Методика, содержит ряд историй-сказок, направленных на выявление глубинных внутренних конфликтов у детей с 6 до 11 лет.</p>
<p>Метод анкетирования</p>		
<p>Цель: Получение дополнительной психологической информации, а также вспомогательных социологических и демографических данных о ребенке.</p>		
<p>Социологические данные</p>	<p>Рамендик Д.М. Общая психология и психологический практикум. – М.: Форум, 2009. – 304 с.</p>	<p>Основоположником метода анкетирования в психологическом исследовании считают Ф. Гальтона, который в своём исследовании влияния наследственности и среды на уровень интеллектуальных достижений при помощи анкеты опросил сотню крупнейших британских учёных.</p>
<p>Л.Б. Шнейдер Диагностическая анкета критических ситуаций подростков</p>		
<p>Цель: Определение сфер возникновения критических ситуаций у подростков.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - удаленность критической ситуации в психологическое прошлое подростка и ее ожидание в будущем. - субдепрессивные состояния, состояния фобического круга, состояния нервно-психического напряжения - ситуационные реакции - трудно вербализуемые проблемы и переживаний подростков 	<p>Шнейдер Л.Б. Кризисное состояние у детей и подростков: направления работы школьного психолога// Школьный психолог, 2009. - № 21. – С. 64.</p>	
<p>И.Н. Лаврикова Анкета изучения отношения подростков к смерти</p>		
<p>Цель: анализа представлений о смерти</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - смысл смерти - оценка смерти 	<p>Лаврикова Н.Н. Молодежь: отношение к</p>	<p>Лавриковой Н.Н. показалось интересным выяснить, как</p>

<p>- значение своей смерти - мотивация смерти</p>	<p>смерти// Социологические исследования. – № 4, 2001. - С. 134-135</p>	<p>современная молодежь, «фильтруя» воздействие общества, относится к смерти (1997). Был проведен социологический опрос, и выявлено, что отношение к смерти - верный индикатор отношения к жизни как конкретно-единичного человека, так и общества в целом. Опрос проводился по тестам У. Шибла, опубликованным в сборнике И. Т. Фролова.</p>
<p>Метод самоотчета Цель: более или менее полно выявить: отношение испытуемого к самому себе в различных жизненных сферах; чувства и мысли, относительно тех или иных событий или обстоятельств в жизни испытуемого; поведенческих проявлений; взаимоотношений с другими людьми.</p>		
<p>Количественные показатели в тестах-самоотчетах рассчитываются по частоте встречаемости ответов определенного типа.</p>		<p>Самоотчет представляет собой словесный или письменный отчет о результатах самонаблюдений, описание самого себя в относительной целостности психических проявлений. Метод самоотчета непосредственно вытекает из метода интроспекции (самонаблюдения),</p>
<p>Л.Б. Шнейдер Методика «Карта риска суицида» Цель: Определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.</p>		
<p>- биографические данные; - актуальная конфликтная ситуация - характеристики личности</p>	<p>Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: Методические рекомендации / Бадина Н.П., ГАОУ ДПО ИРОСТ. – Курган, 2011. – С. 57-59.</p>	<p>Модификация взрослой карты для подростков осуществлена Л.Б. Шнейдер</p>
<p>А.Т. Бек Шкала суицидальной интенции Цель: оценка риска суицидального поведения</p>		
<p>Учет и оценка: объективных обстоятельств, имеющих отношение к суицидальной попытке (выбор времени, предосторожности против раскрытия, степень запланированности и т.д); данные, полученные при самоотчете исследуемого (объяснение цели попытки, вероятность смерти; серьезность попытки, позиция</p>	<p>Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – С. 34</p>	<p>В 1990-х гг. в Пенсильванском университете А. Бек и Г. Браун инициировали разработку специального протокола лечения, направленного на суицидальное поведение. Было введено понятие суицидального кризиса, который рассматривался как центральная и первичная проблема, а не просто, как симптом психического расстройства. Безнадежность</p>

в отношении жизнь/смерть, концепция медицинского спасения; степень готовности к совершению и т.д.)		была определена важнейшей мишенью в предотвращении смертельного исхода.
Метод психодиагностической беседы		
Цель: получение конкретных сведений, фактов по изучаемому, обсуждаемому вопросу.		
как метод исследования: разговор, во время которого задающий вопросы делает вывод об изучаемом предмете по речевым, поведенческим и другим реакциям респондента;	Горбунова В.В. Экспериментальная психология в схемах и таблицах. – Ростов н/д.: Феникс, 2005.- с. 52	Организуется с целью выяснения индивидуальных особенностей личности - мотивационной и эмоциональной сфер, знаний, убеждений, интересов, отношения к среде, коллективу и пр.
как метод диагностики разговор в форме интервью, задающий вопросы получает информацию общего содержания, которая направлена на изучение свойств личности, характера человека, выяснение его интересов и склонностей, отношения к определенным людям и т.п.		
Юрьева Л С. Скрининг-тест для выявления суицидального поведения		
Цель: выявление суицидального поведения		
- текущие мысли о суициде. - планы или отношения пациента к суициду. - предыдущие эпизоды суицидальных мыслей. - альтернативы суициду	Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 415	Термин «скрининг» происходит от английского «screen», что значит «отбирать» или «сортировать». В психологии используются с середины XX века. Скрининговое исследование проводится с целью выявления предрасположенности.
Беседа для оценки риска суицида		
Цель: социально-психологическое уточнение и расширение информации для оценки риска суицида		
Оценка отдельных факторов суицидального риска, как средовых, так и внутренних, слагающих целостную поведенческую картину	Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: Методические рекомендации / Бадина Н.П., ГАОУ ДПО ИРОСТ. – Курган, 2011. – С. 104-105.	Из опыта практической работы (профилактика)
Д.С. Исаев Медицинская схема обследования суицидента		
Цель: определение социально-медицинских индикаторов суицидального поведения		
Анамнестические данные Характерологические особенности Психическое состояние	Исаев Д. С. Шерстнёв К.В. Психология суицидального поведения.	Из опыта практической работы (профилактика)

	Методические рекомендации для студентов по спецкурсу. - Самара, 2000. – С. 65.	
--	--	--

3.1.1. Методика «Психодиагностика суицидальных намерений» у детей (ПСН «В») В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич

Методика «Психодиагностика суицидальных намерений» у детей (ПСН «В») В. Войцех, А. Кучер, В. Костюкевич

Раздел I. Заполните, пожалуйста, предлагаемый опросный лист. Просьба писать разборчиво.

1. Год рождения

2. Вы считаете свою семью:

2.1 богатой

2.2 среднего достатка

2.3 бедной

3. Вы растете и воспитываетесь:

3.1. с папой и мамой

3.2. с мамой и отчимом

3.3. с папой и мачехой

3.4. только с папой

3.5. только с мамой

3.6. с родственниками

3.7. в детском доме

4. Что Вам свойственно в большей степени?

(Можно отметить несколько позиций)

4.1. оптимизм.

4.2. недоверчивость.

4.3. пессимизм.

4.4. мнительность.

4.5. замкнутость.

4.6. беспокойство.

4.7. тревожность.

5. Для Вас учеба это:

5.1 приятное время провождение.

5.2 серьезный труд.

5.3 невыносимое испытание.

6. Как Вы считаете:

6.1 употребление наркотиков и спиртного - вредно.

6.2 употребление наркотиков вредно, а спиртного – допустимо.

6.3 допустимо употребление и наркотиков и спиртного в небольших количествах.

7. Как часто Вы ощущаете себя счастливым?

7.1. часто.

7.2. редко.

7.3. почти никогда.

8. Испытываете ли Вы чувство обиды, жалости к себе?

8.1. Нет.

8.2. Иногда.

8.3. Да.

9. Если бы лучший друг (подруга) Вас предал (а):

9.1. вы бы его (ее) простили.

9.2. просто разорвали бы отношения.

9.3. вы бы его (ее) избили.

10. Если бы Вы собрались с друзьями в поход, а родители Вас не отпустили, то Вы:

10.1. смирились с мнением родителей.

10.2. попытались бы их убедить, что они не правы.

10.3. объявили бы им бойкот.

11. Если учитель (преподаватель) поставил Вам незаслуженную двойку, то Вы:

11.1. промолчите.

11.2. попытаетесь двойку исправить.

11.3. вступите с ним в конфликт.

12. В автобусе Вы не уступили место старшим, и взрослые сделали замечание, при этом Вы:

12.1. молча уступите место.

12.2. сделаете вид, что не слышите.

12.3. станете пререкаться.

13. Если на улице Вас оскорбили, то Вы:

13.1. молча уйдете.

13.2. потребуете извинений.

13.3. оскорбите в ответ.

14. Занимались ли Вы ниже перечисленными видами спорта?

14.1. Парашютным спортом.

14.2. Боксом.

14.3. Восточным единоборством.

15. Если в подъезде Вы увидели брошенного или раненого щенка, то Вы:

15.1. заберете его домой.

15.2. пройдете мимо.

15.3. выгоните щенка из подъезда.

16. Кончал ли жизнь самоубийством (пытался покончить) кто-нибудь из Ваших родственников?

16.1. Нет.

16.2. Да.

- 17. Переносили ли Вы перечисленные ниже заболевания (травмы)?**
- 17.1. инфекционные болезни в детстве.
 - 17.2. черепно-мозговые травмы.
 - 17.3. психические заболевания.
- 18. Что Вы чувствуете по отношению к себе?**
- 18.1. способность преодолеть любые трудности самостоятельно.
 - 18.2. гордость за достигнутое.
 - 18.3. уверенность в своей уникальности, исключительности.
- 19. Бывают ли у Вас конфликты с одноклассниками, друзьями?**
- 19.1. никогда.
 - 19.2. иногда.
 - 19.3. часто.
- 20. Бывают ли у Вас конфликты с учителями (преподавателями)?**
- 20.1. никогда.
 - 20.2. иногда.
 - 20.3. часто.
- 21. Бывают ли у Вас конфликты с родителями?**
- 21.1. никогда.
 - 21.2. иногда.
 - 21.3. часто.
- 22. Как часто Вам делают комплименты о том, как Вы выглядите?**
- 22.1. очень часто.
 - 22.2. редко.
 - 22.3. почти никогда.
- 23. Как часто Вас хвалят за хорошо выполненную работу?**
- 23.1. очень часто.
 - 23.2. редко.
 - 23.3. почти никогда.
- 24. Часто ли у Вас меняется настроение?**
- 24.1. в течение недели 2-3 раза.
 - 24.2. в течение дня 2-3 раза.
 - 24.3. в течение часа 2-3 раза.
- 25. Ощущаете ли Вы чувство вины за происходящее?**
- 25.1. почти никогда.
 - 25.2. иногда испытываю.
 - 25.3. испытываю очень часто.
- 26. Вы оцениваете отношения в Вашей семье как:**
- 26.1. хорошие.
 - 26.2. удовлетворительные, но вызывающие тревогу.
 - 26.3. критические.
- 27. Люди, с которыми я пытаюсь находиться в дружеских отношениях, очень часто причиняют мне боль:**
- 27.1. нет, это абсолютно не так.
 - 27.2. возможно это так.
 - 27.3. да это так.

28. Я своей жизнью:

- 28.1. доволен на 100 %.
- 28.2. доволен на 50 %.
- 28.3. не доволен вообще.

29. Я считаю, что в некоторых ситуациях жизнь может потерять ценность для человека:

- 29.1. нет, это абсолютно не так.
- 29.2. возможно это так.
- 29.3. да, это так.

30. Мне кажется, окружающие плохо меня понимают, не ценят или даже недолюбливают:

- 30.1. нет, это абсолютно не так.
- 30.2. возможно это так.
- 30.3. да, это так.

31. В последнее время у меня подавленное состояние, будущее кажется мне безнадёжным:

- 31.1. нет, это абсолютно не так.
- 31.2. возможно это так.
- 31.3. да, это так.

Каково Ваше мнение по поводу философских высказываний
о смысле жизни и смерти?

32. Я считаю, что можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть:

- 32.1. нет, это абсолютно не так.
- 32.2. возможно это так.
- 32.3. да, это так.

33. Смысл жизни не всегда бывает ясен, иногда его можно потерять:

- 33.1. нет, это абсолютно не так.
- 33.2. возможно это так.
- 33.3. да, это так.

34. Я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни:

- 34.1. нет, это абсолютно не так.
- 34.2. возможно это так.
- 34.3. да, это так.

35. Выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан:

- 35.1. нет, это абсолютно не так.
- 35.2. возможно это так.
- 35.3. да, это так.

36. Я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие:

- 36.1. нет, это абсолютно не так.
- 36.2. возможно это так.
- 36.3. да, это так.

Раздел 2. Профилактика самоубийств – это целая наука: вытеснения боли, снятия стрессов, смены ориентиров, замены ценностей, возрождения духовности и нравственности.

Для раннего выявления признаков суицидального поведения особое значение имеют:

- учет перенесенных заболеваний или травмы мозга;
- влияние сложных отношений в семье на психику ребенка как дополнительного стресс-фактора;
- анализ причин повышения раздражительности, повышенной впечатлительности, появления робости, чувства собственной неполноценности, преувеличения своих недостатков, принижения успехов и достоинств.

В целях определения социально-психологического отношения к суицидальным действиям немаловажно тактично, не акцентируя особого внимания на вопросы, выяснить мнение ребенка по поводу высказываний о смысле жизни и смерти.

Перечень некоторых высказываний, положительное отношение к которым говорит об отсутствии в мировоззрении подростка активных антисуицидальных позиций:

- можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть;
- я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни;
- выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан;
- я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие.

Исследования показали, что аутоагрессивные тенденции и факторы, формирующие суицидальные намерения, можно измерить с помощью теста, который прошел многократную проверку на практике.

Цель: исследование аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения

Объект: учащиеся 5- 11 класса

Форма проведения: индивидуальная и групповая.

Инструкция: Внимание ребенка сосредотачивается на тесте, цель которого вуалируется как определение интеллектуальных способностей ребенка. Ребенку зачитываются выражения, его задача соотнести их с соответствующими колонками заранее подготовленной таблицы в бланке ответа. На обдумывание внутреннего смысла выражения и определение темы его содержания отводится 5-7 секунд. Если ребенок не может отнести услышанное выражение к какой-либо теме, он его пропускает. Убедившись, что ребенок готов к работе, приступите к чтению высказываний.

Текст методики

1. Выкормил змейку на свою шейку.
2. Собрался жить, да взял и помер.
3. От судьбы не уйдешь.
4. Всякому мужу своя жена милее.
5. Загорелась душа до винного ковша.
6. Здесь бы умер, а там бы встал.
7. Беду не зовут, она сама приходит.
8. Коли у мужа с женою лад, то не нужен и клад.
9. Кто пьет, тот и горшки бьет.
10. Двух смертей не бывать, а одной не миновать.
11. Сидят вместе, а глядят врозь.
12. Утром был молодец, а вечером мертвец.
13. Вино уму не товарищ.
14. Доброю женою и муж честен.
15. Кого жизнь ласкает, тот и горя не знает.
16. Кто не родится, тот и не умрет.
17. Жена не лапоть, с ноги не сбросишь.
18. В мире жить - с миром быть.
19. Чай не водка, много не выпьешь.
20. В согласном стаде волк не страшен.
21. В тесноте, да не в обиде.
22. Гора с горою не сойдется, а человек с человеком столкнется.
23. Жизнь надокучила, а к смерти не привыкнуть.
24. Болячка мала, да болезнь велика.
25. Не жаль вина, а жаль ума.
26. Вволю наешься, да вволю не наживешься.
27. Жизнь прожить - что море переплыть: побарахтаешься, да и ко дну.
28. Всякий родится, да не всякий в люди годится.
29. Других не суди, на себя погляди.
30. Хорошо тому жить, кому не о чем судить.
31. Живет - не живет, а проживать - проживает.
32. Все вдруг пропало, как внешний лед.
33. Без копейки рубль щербатый.
34. Без осанки и конь корова.
35. Не место красит человека, а человек - место.
36. Болезнь человека не красит.
37. Влетел орлом, а прилетел голубем.
38. Хорошо тому щеголять, у кого денежки звенят.
39. В уборке и пень хорош.
40. Доход не живет без хлопот.
41. Нашла коса на камень.
42. Нелады да свары хуже пожара.
43. Заплати грош, да посади в рожь - вот будет хорош!
44. Кто солому покупает, а кто и сено продает.

45. Седина бобра не портит.
46. Бешеному дитяти ножа не давати.
47. Не годы старят, а жизнь.
48. В долгах как в шелках.
49. Бранись, а на мир слово оставляй.
50. Зеленый седому не указ.
51. А нам что черт, что батька.
52. Моя хата с краю, ничего не знаю.
53. Лежачего не бьют.
54. Что в лоб, что по лбу - все едино.
55. Все люди как люди, а ты шиш на блюде.
56. Ученье свет, а не ученье - тьма.
57. И медведь из запаса лапу сосет.
58. Жирен кот, коль мясо не жрет.
59. Выношенная шуба не греет.
60. Совесть спать не дает.
61. Вали с больной головы на здоровую.
62. Мал, да глуп - за то и бьют.
63. Не в бороде честь - борода и козла есть.
64. Одно золото не стареется.
65. Наш пострел везде поспел.
66. Муху бьют за назойливость.
67. Надоел горше горькой редки.
68. Живет на широкую ногу.
69. Легка ноша на чужом плече.
70. Не в свои сани не садись.
71. Чужая одежда - не надежда.
72. Высоко летаешь, да низко садишься.
73. Двум господам не служат.
74. Мягко стелет, да твердо спать.
75. За одного битого двух небитых дают.
76. За худые дела слетит и голова.
77. Говорить умеет, да не смеет.
78. Кто до денег охоч, тот не спит и всю ночь.
79. Кабы не дырка во рту, так бы в золоте ходил.
80. Красив в строю, силен в бою.
81. Гори все синим пламенем.
82. Бараны умеют жить: у них самая паршивая овца в каракуле ходит.
83. Если все время мыслить, то на что же существовать.
84. На птичьих правах высоко взлетишь.
85. Взятся за гуж, не говори, что не дюж.

Бланк ответов

	Поставьте «+» в графу с темой услышанного высказывания
Алкоголь, наркотики	
Несчастливая любовь	
Противоправные действия	
Деньги и проблемы с ними	
Добровольный уход из жизни	
Семейные неурядицы	
Потеря смысла жизни	
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	
Отношения с окружающими	

Обработка результатов

После заполнения бланка подсчитывается количество отметок в каждой колонке. Ответы интерпретируются на основе таблиц 1-6. О наличии суицидального риска свидетельствует результат, полученный в колонке "Добровольный уход из жизни". Результаты, полученные по остальным показателям, дают информацию о других факторах суицидального риска как о стрессогенных проблемах, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

Таблица № 1 (мальчики 5-7 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	13-15	Более 15
Несчастливая любовь	10-12	Более 12
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10-11	Более 11
Семейные неурядицы	12-14	Более 14
Потеря смысла жизни	12-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12-14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-13	Более 13
Отношения с окружающими	15-18	Более 18

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 2 (девочки 5-7 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10-11	Более 11
Несчастливая любовь	9-11	Более 11
Противоправные действия	12-14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	15-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10-11	Более 11
Семейные неурядицы	13-14	Более 14
Потеря смысла жизни	12-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	13-14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	12-14	Более 14
Отношения с окружающими	15-18	Более 18

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 3 (мальчики 8-9 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11-12	Более 12
Несчастливая любовь	11-13	Более 13
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16-18	Более 18
Добровольный уход из жизни	10-12	Более 12
Семейные неурядицы	11-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	10-12	Более 12
Отношения с окружающими	14-16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 4 (девочки 8-9 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11-12	Более 12
Несчастливая любовь	11-12	Более 12
Противоправные действия	13-14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	16-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	9-11	Более 11
Семейные неурядицы	11-12	Более 12
Потеря смысла жизни	11-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-12	Более 12
Отношения с окружающими	15-16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 5 (мальчики 10-11 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10-11	Более 11
Несчастливая любовь	8-10	Более 10
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18-20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7-8	Более 8
Семейные неурядицы	11-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-12	Более 12
Отношения с окружающими	19-23	Более 23

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 6 (девочки 10-11 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	9	Более 9
Несчастливая любовь	8-10	Более 10
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18-20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7-8	Более 8
Семейные неурядицы	12-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-13	Более 13
Отношения с окружающими	22-25	Более 25

* Правая граница числового интервала дается исключительно

При анализе результата тестирования целесообразно помнить, что наличие суицидального риска определяет результат, полученный в колонке "Добровольный уход из жизни", а результаты остальных показателей дают информацию о факторе, который способствует формированию суицидальных намерений.

Если результат колонки "Добровольный уход из жизни" меньше представленных в интерпретационной таблице показателей, то это означает, что риск суицидального поведения невысок, но при этом можно судить о других факторах, представленных в остальных колонках, как о стрессогенных проблемах, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

3.1.2. Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) А.Н. Орел.

Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) А.Н. Орел.

Методика диагностики **склонности к отклоняющемуся поведению (СОП)** является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Опросник представляет собой набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения.

Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых.

Шкалы опросника делятся на содержательные и служебную. Содержательные шкалы направлены на измерение психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, то есть социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями.

Служебная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого давать о себе социально-одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально-желательные ответы.

Таким образом, методика включает два варианта, содержащие следующие наборы шкал.

Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП) А.Н. Орел.

Вариант «Ж».

Инструкция. Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «ДА» поставьте крестик или галочку. Если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «НЕТ». Если вы затрудняетесь с ответом, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению. Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Не обдумывайте ответы очень долго, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование.

Текст варианта «Ж»

1. Я стремлюсь в одежде следовать самой современной моде или даже опережать ее.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должна сделать сегодня.
3. Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.

5. Чтобы добиться всего, девушка иногда может и подражаться.
6. Я бы взялась за опасную для здоровья работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Я иногда люблю немного посплетничать.
9. Мне нравятся профессии, связанные с риском для жизни.
10. Мне нравится, когда моя одежда и внешний вид раздражают людей старшего поколения.
11. Только глупые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочла бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она и опасна для жизни.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать.
16. Я с удовольствием смотрю боевики.
17. Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать, сколько он хочет и где он хочет.
19. Если моя подруга опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне часто бывает трудно сделать работу к точно определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобнее, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно захочешь.
23. Бывало, что я не слушалась родителей.
24. В автомобиле я больше ценю безопасность, чем скорость.
25. Я думаю, что мне бы понравилось заниматься каратэ или похожим видом спорта.
26. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда плачу за проезд в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадала в неприятную историю после употребления спиртных напитков.
36. Я часто не могу заставить себя продолжать какое-либо занятие после обидной неудачи.
37. Многие запреты в области секса старомодны и их можно отбросить.

38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родилась в давние времена, то стала бы благородной разбойницей.
42. Добиваться победы в споре нужно любой ценой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие люди высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпила.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Бывает, что я скучаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готова высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей.
51. Мне нравится ощущать скорость при быстрой езде на автомобиле и мотоцикле.
52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
53. Бывает, что я с интересом слушаю неприличный, но смешной анекдот.
54. Мне нравится иногда смущать и ставить в неловкое положение окружающих.
55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
57. Мне нравится слушать или читать о кровавых преступлениях или о катастрофах.
58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
60. Я считаю вполне нормальным, если девушка курит.
61. Мне нравится состояние, которое наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.
62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимала, что сейчас не время и не место.
63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
64. Некоторые люди побаиваются меня.
65. Я бы хотела присутствовать при казни преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
67. Если бы я могла, то с удовольствием поучаствовала бы в автомобильных гонках.
68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готова первой начать драку.

70. Я могу вспомнить случай, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руки вещь и ломала ее.
71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
72. Мне бы хотелось из любопытства прыгнуть с парашютом.
73. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
74. Счастливы те, кто умирают молодыми.
75. Я получаю удовольствие, когда немного рискую.
76. Когда человек в пылу спора прибегает к ругательствам – это допустимо.
77. Я часто не могу сдержать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывала на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполняла школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Бывают случаи, когда я могу ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
88. Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу.
89. Только неожиданные и опасные обстоятельства позволяют мне по-настоящему проявить себя.
90. Я бы попробовала какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знала, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
91. Когда я стою на мосту, то меня так и тянет прыгнуть вниз.
92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
93. Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей.
94. Я считаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
95. Я бы с удовольствием покатила на горных лыжах с крутого склона.
96. Иногда, если кто-то причиняет мне боль, то это бывает даже приятно.
97. Я бы с удовольствием занималась в бассейне прыжками с вышки.
98. Мне иногда не хочется жить.
99. Чтобы добиться успеха в жизни, девушка должна быть сильной и уметь постоять за себя.
100. По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх.
101. Я люблю смотреть выступления боксеров.
102. Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня.
103. Я считаю, что уступить в споре – это значит показать свою слабость.
104. Мне нравится готовить, заниматься домашним хозяйством.

105. Если бы я могла прожить жизнь заново, то я бы хотела стать мужчиной, а не женщиной.
106. В детстве мне хотелось стать актрисой или певицей.
107. В детстве я была всегда равнодушна к игре в куклы.

**Методика диагностики склонности к
отклоняющемуся поведению (СОП) А.Н. Орел.**

Вариант «М».

Инструкция. Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «ДА» поставьте крестик или галочку. Если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «НЕТ». Если вы затрудняетесь с ответом, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению. Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Не обдумывайте ответы очень долго, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте.

Текст варианта «М»

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.
3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает маменькиным сынком и ничего не может добиться в жизни.
6. Я бы взялся за опасную работу, если бы за нее хорошо заплатили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.
9. Если бы мне пришлось стать военным, то я хотел бы быть летчиком-истребителем.
10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.
11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.

12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она опасна для жизни.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это вполне нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.
16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.
17. Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.
19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.
23. Я иногда не слушаюсь родителей.
24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.
25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.
26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда покупаю билет в транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других.

45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Иногда я скучаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готов высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
51. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.
52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
53. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.
54. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.
55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
57. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.
58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
60. Меня раздражает, когда девушки курят.
61. Мне нравится состояние, которое наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.
62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.
63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
64. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.
65. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
67. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.
68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.
70. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руки вещь и ломал ее.
71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
72. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.
73. Вредное воздействие алкоголя и табака на человека сильно преувеличивают.
74. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.
75. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.
76. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям – это нормально.

77. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывал на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполнял школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
88. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.
89. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
90. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
91. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
93. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
94. Я считаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
95. Я мог бы на спор влезть на высокую фабричную трубу.
96. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
97. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

Ключи для подсчета первичных «сырых» баллов

Мужской вариант	
Нет	Да
1. Шкала установки на социально-желательные ответы	
2, 4, 6, 21, 23, 33, 38, 47, 54, 79, 83, 97	13, 30, 32
2. Шкала склонности к нарушению норм и правил	
1, 10, 55, 61, 66, 93	11, 22, 34, 41, 44, 50, 53, 59, 80, 86, 91
3. Шкала склонности к аддиктивному поведению	
95	14, 18, 22, 26, 27, 31, 34, 35, 43, 46, 59, 60, 62, 63, 64, 67, 74, 81, 91
4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	
24, 76	3, 6, 9, 12, 16, 27, 28, 37, 39, 51, 52, 58, 68, 73, 90, 91, 92, 96, 98
5. Шкала склонности к агрессии и насилию	
15, 40, 75, 85	3, 5, 16, 17, 25, 37, 42, 45, 48, 49, 51, 65, 66, 70, 71, 72, 77, 82, 89, 94, 97
6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций	
29	7, 19, 20, 36, 49, 56, 57, 69, 70, 71, 78, 84, 89,

	94
7. Шкала склонности к делинквентному поведению	
55, 61, 86	18, 26, 31, 34, 35, 42, 43, 44, 48, 52, 62, 63, 64, 67, 74, 91, 94

Женский вариант	
Нет	Да
1. Шкала установки на социально-желательные ответы	
2, 4, 8, 21, 33, 38, 54, 79, 83, 87	13, 30, 32
2. Шкала склонности к нарушению норм и правил	
10, 86, 93	1, 11, 22, 34, 37, 41, 44, 50, 53, 55, 59, 61, 80, 88, 91
3. Шкала склонности к аддиктивному поведению	
95	14, 18, 22, 26, 27, 31, 34, 35, 43, 59, 60, 62, 63, 64, 67, 74, 81, 91
4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	
24	3, 6, 9, 12, 27, 28, 39, 51, 52, 58, 68, 73, 75, 76, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 99
5. Шкала склонности к агрессии и насилию	
15, 40	3, 5, 16, 17, 25, 42, 45, 48, 49, 51, 65, 66, 71, 77, 82, 85, 89, 94, 101, 102, 103, 104
6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций	
29	7, 19, 20, 36, 49, 56, 57, 69, 70, 71, 78, 84, 89, 94
7. Шкала склонности к делинквентному поведению	
93	1, 3, 7, 11, 25, 28, 31, 35, 43, 48, 53, 58, 61, 63, 64, 66, 79, 98, 99, 102
8. Шкала принятия женской социальной роли	
3, 5, 9, 16, 18, 25, 41, 45, 51, 58, 61, 68, 73, 85, 96, 106	93, 95, 105, 107, 108

Пункты 23, 46, 47, 72, 100 являются маскировочными и содержательно не интерпретируются. Некоторые пункты опросника входят одновременно в несколько шкал.

При каждом совпадении ответа с ключом присваивается один балл.

По каждой шкале подсчитывается суммарный балл.

Результаты интерпретируются путем сравнения с тестовыми нормами.

Если результаты по шкале больше на 1S тестовой нормы, измеряемое свойство можно считать ярко выраженным, если меньше на 1S, то измеряемое свойство можно считать маловыраженным.

Если у подростка были обнаружены тенденции к делинквентному поведению, то имеет смысл сравнить результаты этого подростка с нормами «делинквентной» подвыборки.

Обработка результатов теста

Далее производится подсчет первичных («сырых») баллов и их перевод в стандартные T-баллы.

Каждому ответу при соответствии с ключом присваивается один балл. Затем по каждой шкале подсчитывается первичный суммарный балл, который затем при необходимости подвергается коррекции в связи с действием фактора специальной желательности в соответствии с процедурой, описанной выше.

Затем производится перевод «сырых» баллов в стандартные Т-баллы. В том случае, если у пользователя имеются набранные им специализированные тестовые нормы, то перевод в стандартные Т-баллы производится по формуле:

$$T=10 * (X_i - M) / (S + 50), \text{ где}$$

X_i - первичный («сырой») балл по шкале;

M - среднее значение первичного суммарного балла по шкале в выборке стандартизации;

S - стандартное отклонение значений первичных баллов в выборке стандартизации.

Варианты коэффициентов коррекции в зависимости от значений «сырого» балла по шкале № 1

Мужской вариант методики

В случае, если первичный балл по шкале № 1 меньше или равен 6 баллам для «обычных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:	В случае, если первичный балл по шкале № 1 меньше или равен 6 баллам для «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:
<ul style="list-style-type: none"> • Для шкалы № 2 = 0,3 • Для шкалы № 3 = 0,3 • Для шкалы № 4 = 0,2 • Для шкалы № 5 = 0,2 • Для шкалы № 6 = 0,3 • Для шкалы № 7 = 0,2 	<ul style="list-style-type: none"> • Для шкалы № 2 = 0,3 • Для шкалы № 3 = 0,5 • Для шкалы № 4 = 0,3 • Для шкалы № 5 = 0,2 • Для шкалы № 6 = 0,3 • Для шкалы № 7 = 0,5
В случае, если первичный балл по шкале № 1 больше 6 баллов как для «обычных», так и для «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:	<ul style="list-style-type: none"> • Для шкалы № 2 = 0,7 • Для шкалы № 3 = 0,6 • Для шкалы № 4 = 0,4 • Для шкалы № 5 = 0,5 • Для шкалы № 6 = 0,3 • Для шкалы № 7 = 0,5

Женский вариант методики

В случае, если испытуемые относятся к подвыборке «обычных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет	В случае, если испытуемые заведомо относятся к подвыборке «деликвентных» испытуемых, то коэффициент коррекции составляет:
<ul style="list-style-type: none"> • Для шкалы № 2 = 0,4 • Для шкалы № 3 = 0,4 • Для шкалы № 4 = 0,2 • Для шкалы № 5 = 0,3 • Для шкалы № 6 = 0,5 • Для шкалы № 7 = 0,4 	<ul style="list-style-type: none"> • Для шкалы № 2 = 0,4 • Для шкалы № 3 = 0,4 • Для шкалы № 4 = 0,3 • Для шкалы № 5 = 0,4 • Для шкалы № 6 = 0,5 • Для шкалы № 7 = 0,5

Тестовые нормы для СОП. Нормальная выборка

Шкалы	M	S
1	2,27	2,06
2	7,73	2,88

3	9,23	4,59
4	10,36	3,41
5	12,47	4,23
6	8,04	3,29
7	7,17	4,05

Таблица норм при переводе «сырых» баллов в Т-баллы

“Сырой” балл	Т-баллы						
	Шкалы						
	1	2	3	4	5	6	7
0	35		26				30
1	44	27	28	24	24	26	32
2	50	31	30	26	27	30	34
3	55	34	33	29	29	33	37
4	58	37	35	32	31	37	39
5	62	40	37	35	34	40	41
6	65	43	39	37	36	44	43
7	67	46	42	40	39	48	46
8	70	50	44	43	41	51	48
9	74	53	46	45	43	55	50
10	85	56	48	48	46	58	53
11	89	59	50	51	48	62	55
12		63	53	54	51	65	57
13		66	55	56	53	69	59
14		69	57	59	55	73	62
15		72	59	62	58	77	64
16		75	62	64	60	81	66
17		78	64	67	62	85	68
18		81	66	70	65		71
19		84	68	72	67		73
20		87	70	75	70		75
21		90	72	78	72		77
22			74	81	74		79
23			76	84	77		81
24			78	87	79		83
25			80	90	81		85
26			82		83		87
27			84		85		
28					87		
29					89		

Описание шкал и их интерпретация

1. Шкала установки на социальную желательность (служебная шкала)

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого представлять себя в наиболее благоприятном свете с точки зрения социальной желательности.

Показатели *от 50 до 60 T-баллов* свидетельствует об умеренной тенденции давать при заполнении опросника социально-желательные ответы. Показатели *свыше 60 баллов* свидетельствуют о тенденции испытуемого демонстрировать строгое соблюдение даже малозначительных социальных норм, умышленном стремлении показать себя в лучшем свете, о настороженности по отношению к ситуации обследования.

Результаты, находящиеся в диапазоне *70-89 баллов* говорят о высокой настороженности испытуемого по отношению к психодиагностической ситуации и о сомнительной достоверности результатов по основным шкалам. О восприятии ситуации как экспертной одновременно с умеренно высокими показателями по шкале № 1 также свидетельствует их резкое понижение по основным диагностическим шкалам и повышение по шкале женской социальной роли.

Для мужской популяции превышение суммарного первичного балла по шкале социальной желательности значения 11 первичных баллов свидетельствуют о недостоверности результатов по основным шкалам.

Показатели *ниже 50 T-баллов* говорят о том, что испытуемый не склонен скрывать собственные нормы и ценности, корректировать свои ответы в направлении социальной желательности.

Отмечено также, что младшие подростки (14 лет и младше) не способны длительное время следовать установке на социально-желательные ответы.

Одновременно высокие показатели по служебной шкале и по основным шкалам (кроме шкалы 8) свидетельствуют либо о сомнительной достоверности результатов, либо о диссоциации в сознании испытуемого известных ему и реальных норм поведения.

1. Шкала склонности к преодолению норм и правил

Данная шкала предназначена для измерения предрасположенности испытуемого к преодолению каких-либо норм и правил, склонности к отрицанию общепринятых норм и ценностей, образцов поведения.

Результаты, лежащие в диапазоне *50-60 T-баллов*, свидетельствуют о выраженности вышеуказанных тенденций, о неконформистских установках испытуемого, о его склонности противопоставлять собственные нормы и ценности групповым, о тенденции «нарушать спокойствие», искать трудности, которые можно было бы преодолеть.

Показатели, находящиеся в диапазоне *60-70 T-баллов*, свидетельствуют о чрезвычайной выраженности неконформистских тенденций, проявлении негативизма и заставляют сомневаться в достоверности результатов тестирования по данной шкале.

Результаты *ниже 50 T-баллов* по данной шкале свидетельствуют о конформных установках испытуемого, склонности следовать стереотипам и общепринятым нормам поведения. В некоторых случаях при условии сочетания с достаточно высоким интеллектуальным уровнем испытуемого и тенденции скрывать свои реальные нормы и ценности такие оценки могут отражать фальсификацию результатов.

2. Шкала склонности к аддиктивному поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать аддиктивное поведение.

Результаты в диапазоне *50-70 Т-баллов* по данной шкале свидетельствуют о предрасположенности испытуемого к уходу от реальности посредством изменения своего психического состояния, о склонностях к иллюзорно-компенсаторному способу решения личностных проблем. Кроме того, эти результаты свидетельствуют об ориентации на чувственную сторону жизни, о наличии «сенсорной жажды», о гедонистически ориентированных нормах и ценностях.

Показатели *свыше 70 Т-баллов* свидетельствует о сомнительности результатов либо о наличии выраженной психологической потребности в аддиктивных состояниях, что необходимо выяснять, используя дополнительные психодиагностические средства.

Показатели *ниже 50 Т-баллов* свидетельствуют либо о невыраженности вышеперечисленных тенденций, либо о хорошем социальном контроле поведенческих реакций.

3. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению

Данная шкала предназначена для измерения готовности реализовать различные формы аутоагрессивного поведения. Объект измерения очевидно частично пересекается с психологическими свойствами, измеряемыми шкалой № 3.

Результаты, находящиеся в диапазоне *50-70 Т-баллов* по шкале №4 свидетельствуют о низкой ценности собственной жизни, склонности к риску, выраженной потребности в острых ощущениях, о садо-мазохистских тенденциях.

Результаты *свыше 70 Т-баллов* свидетельствуют о сомнительной достоверности результатов.

Показатели *ниже 50 Т-баллов* по данной шкале свидетельствуют об отсутствии готовности к реализации саморазрушающего поведения, об отсутствии тенденции к соматизации тревоги, отсутствии склонности к реализации комплексов вины в поведенческих реакциях.

4. Шкала склонности к агрессии и насилию

Данная шкала предназначена для измерения готовности испытуемого к реализации агрессивных тенденций в поведении.

Показатели, лежащие в диапазоне *50-60 Т-баллов*, свидетельствуют о наличии агрессивных тенденций у испытуемого. Показатели, находящиеся в диапазоне *60-70 Т-баллов*, свидетельствуют об агрессивной направленности личности во взаимоотношениях с другими людьми, о склонности решать проблемы посредством насилия, о тенденции использовать унижение партнера

по общению как средство стабилизации самооценки, о наличии садистических тенденций.

Показатели *свыше 70 T-баллов* говорят о сомнительной достоверности результатов.

Показатели, лежащие *ниже 50 T-баллов*, свидетельствуют о невыраженности агрессивных тенденций, о неприемлемости насилия как средства решения проблем, о нетипичности агрессии как способа выхода из фрустрирующей ситуации. Низкие показатели по данной шкале в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности свидетельствуют о высоком уровне социального контроля поведенческих реакций.

1. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций

Данная шкала предназначена для измерения склонности испытуемого контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций (*Внимание!* Эта шкала имеет обратный характер).

Показатели, лежащие в пределах *60-70 T-баллов*, свидетельствует о слабости волевого контроля эмоциональной сферы, о нежелании или неспособности контролировать поведенческие проявления эмоциональных реакций. Кроме того, это свидетельствует о склонности реализовывать негативные эмоции непосредственно в поведении, без задержки, о несформированности волевого контроля своих потребностей и чувственных влечений.

Показатели *ниже 50 T-баллов* по данной шкале свидетельствуют о невыраженности этих тенденций, о жестком самоконтроле любых поведенческих эмоциональных реакций, чувственных влечений.

2. Шкала склонности к деликвентному поведению

Название шкалы носит условный характер, так как шкала сформирована из утверждений, дифференцирующих «обычных» подростков и лиц с зафиксированными правонарушениями, вступавших в конфликт с общепринятым образом жизни и правовыми нормами.

На наш взгляд, данная шкала измеряет готовность (предрасположенность) подростков к реализации деликвентного поведения. Выражаясь метафорически, шкалы выявляет «деликвентный потенциал», который лишь при определенных обстоятельствах может реализоваться в жизни подростка.

Результаты, находящиеся в диапазоне *50-60 T-баллов*, свидетельствуют о наличии деликвентных тенденций у испытуемого и о низком уровне социального контроля.

Результаты *выше 60 T-баллов* свидетельствуют о высокой готовности к реализации деликвентного поведения.

Результаты *ниже 50 T-баллов* говорят о невыраженности указанных тенденций, что в сочетании с высокими показателями по шкале социальной желательности может свидетельствовать о высоком уровне социального контроля.

Необходимо также учитывать, что содержание и структура деликвентного поведения у юношей и девушек существенно отличаются и соответственно различаются пункты, входящие в шкалу деликвентности для женского и мужского видов методики.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ (СОП)

Бланк регистрации ответов

Ф И О _____

Возраст _____

Дата заполнения _____

№ п.п.	Да	Нет	№ п.п.	Да	Нет	№ п.п.	Да	Нет	№ п.п.	Да	Нет	№ п.п.	Да	Нет
1			23			45			67			89		
2			24			46			68			90		
3			25			47			69			91		
4			26			48			70			92		
5			27			49			71			93		
6			28			50			72			94		
7			29			51			73			95		
8			30			52			74			96		
9			31			53			75			97		
10			32			54			76			98		
11			33			55			77			99		
12			34			56			78			100		
13			35			57			79			101		
14			36			58			80			102		
15			37			59			81			103		
16			38			60			82			104		
17			39			61			83			105		
18			40			62			84			106		
19			41			63			85			107		
20			42			64			86					
21			43			65			87					
22			44			66			88					

3.1.3. Опросник суицидального риска (ОСР) А.Г. Шмелёва

Опросник суицидального риска (ОСР) Шмелёва А.Г.

Проблема диагностики суицидального риска (вероятности совершения человеком попытки к самоубийству) выходит за пределы задач медицинской психологии и психиатрии, так как в наше время общего повышенного уровня психической напряженности населения с проблемами суицидальных намерений может столкнуться психолог, работающий в любой отрасли практической психологии. Очевидно, доступный и экономичный инструмент приближенной экспресс-диагностики суицидального риска нужен и семейному консультанту,

и психологу-воспитателю, работающему с трудными подростками, и психологу, занятому вопросами адаптации к деятельности в экстремальных условиях и реабилитации после психотравматического стресса, и психологам, обеспечивающим мониторинг и психологическую поддержку руководителям, призванным постоянно решать тяжелейшие и ответственные проблемы, связанные с судьбами людей.

Цель измерения суицидального риска заключается в своевременном выявлении уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства путем направления клиента в центры оказания профессиональной медико-психологической помощи. Как и в случае диагностики острых психических заболеваний, **диагностика суицидального риска** предпринимается для того, чтобы вовремя определить уровень курабельности клиента обычными немедицинскими средствами психологической помощи, которыми располагает психолог, не являющийся врачом, профессиональным психиатром.

В том случае, если в ходе работы с клиентом (обычно на самых первых шагах знакомства) складывается впечатление о том, что у него настолько ослаблены ресурсы психологической адаптации к своей жизненной ситуации, что под вопрос ставится смысл его существования, вполне оправданно рекомендовать клиенту выполнить особую методику на суицидальный риск.

В чем **смысл создания отдельного краткого опросника суицидального риска (ОСР)**? Действительно, если исходить из того, что любой клиент всегда может выполнить полную методику ММРІ из 566 пунктов, включающую в себя в качестве одной из сотен дополнительных шкал шкалу суицидального риска, то кажется, что в самостоятельной методике особой надобности нет. Но, по-видимому, как показывает опыт практического психологического консультирования, как раз в наиболее острых ситуациях клиент может быть настолько депрессивен, настолько может быть повышена его психическая истощаемость и выражена апатия к любым воздействиям, не имеющим отношения к волнующей его проблеме, что предъявление громоздкой методики с массой вопросов может исказить реальную картину.

Конечно, в рамках такой тонкой и сложной проблемы, как проблема момента зарождения подозрений о серьезной деструктивной депрессии, просто нет и не может быть стопроцентных рецептов, однозначно предписывающих специалисту-практику, когда и в каких условиях может или, наоборот, не может применяться та или иная методика. В этом вопросе всегда последнее слово оказывается за специалистом, имеющим возможность непосредственно наблюдать за клиентом. И если такой специалист считает, что приемлемо проведение ММРІ, дающей, безусловно, гораздо больше информации о клиенте, то это будет вполне оправданным решением. ОСР предназначен для того, чтобы не конкурировать, а дополнять ММРІ применительно к проблемам практической суицидологии.

По сравнению с другими одношкальными методиками, так или иначе измеряющими уровень эмоциональной дезадаптации (опросники тревожности, нейротизма и др.), в ОСР имеет место попытка качественной квалификации

симптоматики — выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.

Первоначально ОСР планировался как специализированный опросник, направленный не только на выявление интегрального показателя, но и на измерение профиля по девяти субшкалам. Однако в ходе эмпирической валидизации и отбора пунктов авторам пока еще не удалось сделать достаточно наполненными отдельные субшкалы. На сегодняшний день они содержат слишком мало валидных пунктов для того, чтобы пользоваться ими как количественными индикаторами.

Вместе с тем, уместно раскрыть содержание субшкальных диагностических концептов с тем, чтобы прояснить концепцию ОСР в целом.

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

2. Аффективность (А). Доминирование эмоций над эмоциональным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно, эмоционально. Крайний вариант — блокада интеллекта. Пункты № 1, 10, 20, 23, 28, 29.

3. Уникальность (У). Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явление исключительное, не похожее на другие и, следовательно, подразумевающее исключительные варианты выхода, в частности суицид. Данная шкала тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт. Пункты № 1, 12, 14, 22, 27.

4. Несостоятельность (Н). Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенное" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога — «Я плох». Пункты № 2, 3, 6, 7, 17.

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

6. Слом культурных барьеров (СКБ). Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. Крайний вариант — инверсия ценности жизни и смерти. При отсутствии выраженных пиков по

другим шкалам это может свидетельствовать только об «эстетизации смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти — доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самостоятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования». Пункты № 8, 9, 18.

7. Максимализм (М). Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей значимости малейшей потери с одновременной минимализацией ценностей значимости имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта из какой-то одной сферы. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах. Пункты № 4, 16.

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

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

Методика применяется в том случае, когда психолог на основе предшествующего исследования выявил высокую вероятность суицидального поведения. Тестированию должна предшествовать беседа, в ходе которой психолог должен проявить максимум внимания и сочувствия.

Обработка результатов:

Баллы подсчитываются отдельно по каждому фактору. Ответу «да» соответствует 1 балл. Количество утверждений по каждому из факторов принимается за 100. Количество баллов переводится в проценты. По процентному соотношению определяется индивидуальный стиль суицидальной динамики.

Изучаемые критерии:

1. Демонстративность. При условии высоких баллов. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемые из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.

2. Аффективность. При условии высоких баллов. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно

эмоционально. В крайнем варианте (6 баллов) аффективная блокада интеллекта.

3. Уникальность. При условии высоких баллов. В восприятии себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, непохожего на другие и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности суицид. Тесно связан с феноменом "непроницаемости для опыта", т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.

4. Несостоятельность. При условии высоких баллов. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельности. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внутреннего монолога: "Я плох". Возможно наличие "комплекса неполноценности".

5. Социальный пессимизм. При условии высоких баллов. Отрицательная концепция принятия окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибутики.

При низких оценках по шкале "Несостоятельность"(0 - 3) экстрапунитивность выражается в форме внутреннего диалога: "Вы все недостойны меня!!!"

6. Слом культурных барьеров. Культ самоубийств. При условии низких оценок. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение, делающих его привлекательным. Заимствование суицидальных моделей из литературы и кино. В крайнем варианте инверсия ценностей жизни и смерти. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам - "эстетизация смерти" (например, ситуация "вечного самоубийцы в романе Германа Гессе "Степной волк"). Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".

7. Максимализм. При условии низких оценок. Инфантильный максимализм ценностных установок. Максимализация ценностей, значимость малейшей потери с одновременной минимизацией ценностей значимости имеющихся достижений. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива. При условии высоких баллов. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальной среде неудач и поражений в будущем.

9. Антисуицидальный фактор. При условии низких оценок. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов, есть факторы, которые

снижают глобальный суицидальный риск: глубокое понимание чувства ответственности за близких; чувство долга; представление о греховности самоубийства; не эстетичности самоубийства; боязнь боли и физических страданий.

В определенном смысле это показатели наличия уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Текст опросника

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

28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете мысли об этом выкинуть из головы.

29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Таблица №1 (ключ)

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

Бланк регистрации ответов

№ утверждения	+ / -	№ утверждения	+ / -	№ утверждения	+ / -
1		11		21	
2		12		22	
3		13		23	
4		14		24	
5		15		25	
6		16		26	
7		17		27	
8		18		28	
9		19		29	
10		20			

3.1.4. Методика определения степени риска совершения суицида (И.А. Погодин)

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА СОВЕРШЕНИЯ СУИЦИДА (И.А. Погодин)

Предлагаемая методика призвана способствовать психологам, социологам, врачам в установлении степени риска совершения суицида людьми, оказавшимися в тяжелых жизненных ситуациях. Вместе с тем ее могут использовать педагоги, работники социальных и правоохранительных органов для подтверждения своих выводов о людях, которые по своим поведенческим и другим признакам находятся в условиях жизненного кризиса или в пресуицидальном состоянии.

Основу методики составляет специальная карта, в которую включен 31 фактор риска суицида. Наличие и степень выраженности каждого из этих

факторов необходимо установить у обследуемого индивида. Сбор информации осуществляется традиционными методами, которые широко используются психологами: наблюдение, индивидуальные беседы, изучение и анализ документов. Лучше узнать человека помогает обобщение мнений о нем знакомых с ним людей, сопоставление результатов наблюдений и выводов, сделанных из бесед с его окружением.

Достоверность методики повышается с расширением источников информации и способов изучения личности.

На основании материала, предшествующего изучению личности исследуемого, а также по результатам свободной беседы с ним постарайтесь отметить наличие выраженности у него перечисленных в карте факторов. При этом напротив каждого фактора поставьте его условный «вес» в соответствии с таблицей. Так, например, при наличии факторов 8, 9, 11-31 напротив них ставится «вес» +1; если они слабо выражены +0,5; если не выявлены - 0; если фактор отсутствует, ставится -0,5. «Вес» факторов 5-7 оценивается баллами от -0,5 до +2, а факторов 1-4, 10 от -0,5 до +3.

Нулем оцениваются также характеристики факторов 7-10 у лиц, не достигших среднего возраста начала половой жизни (19 лет) и вступления в брак (21 год). Затем вычисляется алгебраическая сумма «весов» всех факторов. Если полученная величина меньше, чем 8,8, риск суицида незначителен. Если эта величина колеблется от 8,8 до 15,4, то имеется риск совершения суицидальной попытки. В случае, когда сумма «весов» превышает 15,4, риск суицида исследуемого лица велик, а в случае наличия в анамнезе попытки самоубийства значителен риск ее повтора. При наличии цифр, превышающих критические значения риска суицида, необходимо немедленно обратиться к врачам и провести клинико-психологическое обследование.

Карта риска суицидальности

Изучаемые факторы:

I. Данные анамнеза

1. Возраст первой суицидальной попытки — до 18 лет.
2. Ранее имела место суицидальная попытка.
3. Суицидальные попытки у родственников.
4. Развод или смерть одного из родителей (до 18 лет).
5. Недостаток тепла в семье в детстве или юношестве.
6. Полная или частичная безнадзорность в детстве.
7. Начало половой жизни -16 лет и ранее.
8. Ведущее место в системе ценностей принадлежит любовным отношениям.
9. Производственная сфера не играет важной роли в системе ценностей.
10. В анамнезе имел место развод.

II. Актуальная конфликтная ситуация

11. Ситуация неопределенности, ожидания.
12. Конфликт в области любовных или супружеских отношений.
13. Продолжительный служебный конфликт.

14. Подобный конфликт имел место ранее.
15. Конфликт, отягощенный неприятностями в других сферах жизни.
16. Субъективное чувство непреодолимости конфликтной ситуации.
17. Чувство обиды, жалости к себе.
18. Чувство усталости, бессилия.
19. Высказывания с угрозой суицида.

III. Характеристика личности

20. Эмоциональная неустойчивость.
21. Импульсивность.
22. Эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов.
23. Доверчивость.
24. Эмоциональная вязкость, неподвижность.
25. Болезненное самолюбие.
26. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений.
27. Напряженность потребностей (сильно выраженное желание достичь своей цели, высокая интенсивность данной потребности).
28. Настойчивость.
29. Решительность.
30. Бескомпромиссность.
31. Низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующих факторов.

«Вес» факторов риска суицида в зависимости от его наличия, выраженности и значимости

Характеристика наличия факторов	Номера факторов		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Отсутствует (фактор)	-0,5	-0,5	-0,5
Слабо выражен	+ 0,5	+1,0	+1,5
Присутствует	+ 1,0	+2,0	+3,0
Наличие не выявлено		0	0

3.1.5. Диагностика «СР-45» (П.И. Юнацкевич).

Диагностика «СР-45» (П.И. Юнацкевич)

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям.

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да», если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

Обследуемому предлагается ответить на 45 вопросов, имеющих порядковую нумерацию от 1 до 45. Ответы фиксируются на бланке, используемом при обследовании, с индексацией «да», если ответ положительный, и «нет», если ответ отрицательный.

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Использование данных вопросов и утверждений в качестве дополнительного стимульного материала позволяет при проведении обследования выявлять лиц, имеющих склонность к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска.

№ п.п.	Утверждения	+	-
1	Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?		
2	Жизнь иногда хуже смерти.		
3	В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.		
4	Меня многие любят, понимают и ценят.		
5	Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.		
6	Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.		
7	Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.		
8	Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?		
9	Я иногда думаю о своей добровольной смерти.		
10	В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.		
11	Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.		
12	У меня, в принципе, нет недостатков.		
13	Может быть, дальше я жить не смогу.		
14	Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.		
15	Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.		
16	Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.		
17	Мне не нравится играть со смертью в одиночку.		
18	Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.		
19	Я пробовал разные способы ухода из жизни.		
20	В критический момент я всегда могу справиться с собой.		
21	В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.		
22	Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.		
23	Вокруг меня достаточно много нечестных людей.		
24	Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.		
25	Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.		
26	Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.		
27	Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.		
28	Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он ищет смерти		
29	Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.		
30	Никому никогда не писал предсмертную записку.		
31	Однажды пытался покончить с собой.		

32	Никогда не бывает безвыходных ситуаций.		
33	Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.		
34	Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.		
35	Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.		
36	Могу оправдать любой свой поступок.		
37	Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.		
38	Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.		
39	Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.		
40	Однажды решался покончить с собой.		
41	Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.		
42	Я никогда не иду на нарушение закона даже в мелочах.		
43	Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.		
44	Однажды мне было очень стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.		
45	Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.		

Интерпретация: методика констатирует начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться.

«Ключ» Склонность к суицидным реакциям

«Да» (+)	«Нет» (-)
1, 2, 3, 5, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

«Ключ» шкалы «лжи» (L) «Да» (+)	«Нет» (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с «ключом». Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (40):

$Sr = N/35 \pm 0.07$, где N количество совпадающих с «ключом» ответов. Показатели, полученные по этой методике, могут варьироваться от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, близкие к нулю - о низком уровне.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (S).

Уровень оценки S	Уровень проявления	Оценка
0.01 – 0.23	Низкий	5
0.24 – 0.38	Ниже среднего	4
0.39 – 0.59	Средний	3
0.60 – 0.74	Выше среднего	2
0.75 – 1.00	Высокий	1

У обследуемых, получивших оценку «4», может возникнуть суицидальная реакция только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

Для обследуемых, получивших оценку «3», «потенциал» склонности к суицидным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

Обследуемые, получившие оценку «2», отнесены к группе суицидного риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидным реакциям. Они могут при испытываемых затруднениях в военно-профессиональной адаптации совершить суицидную попытку или реализовать саморазрушающее поведение.

Обследуемые, получившие оценку «1», обладают очень высоким уровнем проявления склонности к суицидным реакциям. Очевидно, они переживают ситуацию внутреннего и внешнего конфликта и нуждаются в дополнительной медико-психолого-педагогической помощи.

Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = N/10 \pm 0,16, \text{ где } N - \text{ количество совпадающих с «ключом» ответов.}$$

Показатели, полученные по шкале «лжи», могут варьироваться от 0 до 1.

Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к нулю - о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 + 0,16$) достоверности результатов обследования.

3.1.6. Изучение склонности подростков к суицидальному поведению (СПСП М.В. Горская)

Изучение склонности подростков к суицидальному поведению (СПСП М.В. Горская)

А.Н. Амбрумова считает, что суицидальное поведение, т.е. весь комплекс мыслей, намерений и действий, которые связаны с суицидом, есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого макросоциального конфликта. Ситуация конфликта приводит к суицидальным действиям при наличии трех факторов: социокультурных особенностей воспитания, неблагоприятного социального окружения, совокупности индивидуальных особенностей (личностная тревожность, фрустрация, негативное восприятие окружающего; отсутствие осознанного стремления к жизни).

Наличие неблагоприятного социального окружения – обычно основная причина, побуждающая подростка к совершению суицидальной попытки. Именно в ближайшем окружении он может найти или потерять опору, поддерживающую его в жизни.

Опросник дает возможность определить уровень тревожности, фрустрации, агрессии и ригидности.

Напротив каждого утверждения стоят три цифры: 2, 1, 0. Если утверждение Вам подходит, то обведите цифру 2; если не совсем подходит, то – цифру 1; если не походит – 0.

1. Часто я не уверен в своих силах	2 1 0
2. Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход	2 1 0
3. Я часто оставляю за собой последнее слово	2 1 0
4. Мне трудно менять свои привычки	2 1 0
5. Я часто из-за пустяков краснею	2 1 0
6. Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом	2 1 0
7. Нередко я перебиваю собеседника в разговоре	2 1 0
8. Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2 1 0
9. Я часто просыпаюсь ночью	2 1 0
10. При крупных неприятностях я обычно виню только себя	2 1 0
11. Меня легко рассердить	2 1 0
12. Я очень осторожен к переменам в моей жизни	2 1 0
13. Я легко впадаю в уныние	2 1 0
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат	2 1 0
15. Мне приходится делать замечания другим	2 1 0
16. В споре меня трудно переубедить	2 1 0
17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2 1 0
18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2 1 0
19. Я хочу быть авторитетом среди окружающих	2 1 0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться	2 1 0
21. Меня пугают трудности, с которыми мне предстоит встретиться в жизни	2 1 0
22. Нередко я чувствую себя беззащитным	2 1 0
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, я хочу добиться максимального успеха	2 1 0
24. Я легко сближаюсь с людьми	2 1 0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках	2 1 0
26. Иногда у меня бывает состояние отчаяния	2 1 0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я рассержен	2 1 0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется	2 1 0
29. Меня легко убедить	2 1 0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности	2 1 0

31. Предпочитаю руководить, а не подчиняться	2 1 0
32. Нередко я проявляю упрямство	2 1 0
33. Меня беспокоит состояние моего здоровья	2 1 0
34. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски	2 1 0
35. У меня резкая, грубоватая жестикация	2 1 0
36. Я неохотно иду на риск	2 1 0
37. Я с трудом переношу время ожидания	2 1 0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки	2 1 0
39. Я мстителен	2 1 0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов	2 1 0

Ключ:

1. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.
2. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.
3. Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
4. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов «1» и «2», совпавших с ключом. За каждый совпавший с ключом ответ «2» начисляется 2 балла, за ответ «1» — начисляется 1 балл. Затем ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по каждой шкале – 10. Превышение его свидетельствует о преобладании исследуемого качества в структуре личности.

Характеристики, которые исследуются в опроснике, имеют следующие определения:

- личностная тревожность – склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги;
- фрустрация – психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели;
- агрессия – повышенная психологическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям;
- ригидность – затрудненность в изменении намеченной субъектом деятельности в условиях, объективно требующей ее перестройки.

Бланк ответов СПСП

Дата обследования: (число, месяц, год) _____

Код респондента _____ Пол: _____

Инструкция: Напротив каждого утверждения стоят три цифры: 2, 1, 0. Если утверждение Вам подходит, то обведите цифру 2; если не совсем подходит, то – цифру 1; если не подходит – 0.

1. Часто я не уверен в своих силах	2 1 0
2. Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход	2 1 0
3. Я часто оставляю за собой последнее слово	2 1 0
4. Мне трудно менять свои привычки	2 1 0

5. Я часто из-за пустяков краснею	2 1 0
6. Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом	2 1 0
7. Нередко я перебиваю собеседника в разговоре	2 1 0
8. Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2 1 0
9. Я часто просыпаюсь ночью	2 1 0
10. При крупных неприятностях я обычно виню только себя	2 1 0
11. Меня легко рассердить	2 1 0
12. Я очень осторожен к переменам в моей жизни	2 1 0
13. Я легко впадаю в уныние	2 1 0
14. Несчастья и неудачи ничему меня не учат	2 1 0
15. Мне приходится делать замечания другим	2 1 0
16. В споре меня трудно переубедить	2 1 0
17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2 1 0
18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2 1 0
19. Я хочу быть авторитетом среди окружающих	2 1 0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться	2 1 0
21. Меня пугают трудности, с которыми мне предстоит встретиться в жизни	2 1 0
22. Нередко я чувствую себя незащищенным	2 1 0
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, я хочу добиться максимального успеха	2 1 0
24. Я легко сближаюсь с людьми	2 1 0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках	2 1 0
26. Иногда у меня бывает состояние отчаяния	2 1 0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я рассержен	2 1 0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется	2 1 0
29. Меня легко убедить	2 1 0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности	2 1 0
31. Предпочитаю руководить, а не подчиняться	2 1 0
32. Нередко я проявляю упрямство	2 1 0
33. Меня беспокоит состояние моего здоровья	2 1 0
34. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски	2 1 0
35. У меня резкая, грубоватая жестикация	2 1 0
36. Я неохотно иду на риск	2 1 0
37. Я с трудом переношу время ожидания	2 1 0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки	2 1 0
39. Я мстителен	2 1 0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов	2 1 0

3.1.7. Методика диагностики суицидальных наклонностей «Суицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин).

Инструкция: Вам предлагается ответить на 35 утверждений, заполнив опросник или ответив устно, используя для этого 4 варианта ответа:

- 1) "да" - в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением;
- 2) "частично" - если высказывание не полностью соответствует Вашим переживаниям;
- 3) "сомневаюсь" - если Вы не уверены, подходит Вам высказывание или нет.
- 4) "нет" - в том случае, если Вы уверены, что данное высказывание не соответствует Вашим переживаниям.

1. Думал, что если умру, то всем будет только лучше.
2. В жизни потерялся какой-то главный смысл.
3. Мне казалось, что только смерть может избавить меня от страдания.
4. Думал доказать что-то хотя бы своей смертью.
5. Я думал, что не имею права больше жить.
6. Думал умереть и пусть попробуют пожить без меня.
7. Я надеялся, что после смерти меня ждет что-то лучшее.
8. Я хотел умереть, потому что из-за меня слишком много проблем.
9. Казалось, что все хорошее осталось позади, а впереди ничего нет.
10. Думал, что лучше умереть, чем так мучиться.
11. Когда тебя не понимают, то ничего больше не остается.
12. Я думал, что своей смертью смогу искупить свою вину.
13. Было так больно и обидно, что хотелось отомстить.
14. Я думал умереть здесь, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни.
15. Думал, что моя смерть что-то изменит к лучшему вокруг.
16. Потому что жизнь утратила какой-либо интерес.
17. Я уже не мог больше терпеть все это.
18. По-другому я не смог бы ничего доказать.
19. Мне казалось, что я сам во всем виноват и должен понести наказание.
20. Я хорошо понимал, что своей смертью причиню боль и даже хотел этого.
21. Мне хотелось уйти туда к тем (или к тому), кого я люблю.
22. Я не хотел быть обузой для окружающих.
23. Во мне кончилась какая-то сила для жизни.
24. Если бы мне не было так больно - я бы даже не думал о смерти.
25. Мне кажется, что меня просто никто не замечает.
26. Только я сам могу судить себя за все.
27. Своей смертью я хотел наказать.
28. Думал, что, может быть, там я буду более счастливым, чем здесь.
29. Хотелось умереть, чтобы никому не мешать.
30. Меня не устраивает та жизнь, которая ждала меня впереди.
31. Мне казалось, что если жизнь приносит только боль – лучше умереть.
32. Думал, что, может быть, после моей смерти что-то поймут.

33. Мне хотелось быть самому себе и судьей и палачом.
 34. Было легкое удовлетворение от мысли, что своей смертью я создам проблему.
 35. Я думал о смерти, как о пути к новой жизни.

Обработка и интерпретация результатов:

Тест позволяет выявить и количественно оценить семь основных мотивационных аспектов суицидального поведения:

1. Альтруистическая мотивация (смерть ради других);
2. Аномическая мотивация (потеря смысла жизни);
3. Анестетическая мотивация (невыносимость страдания);
4. Инструментальная мотивация (манипуляция другими);
5. Аутопунитическая мотивация (самонаказание);
6. Гетеропунитическая мотивация (наказание других);
7. Поствиталяная мотивация (надежда на что-то лучшее после смерти).

Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний.

№	Наименование мотивации	№ соответствующего вопроса
1	Альтруистическая	1, 8, 15, 22, 29
2	Анемическая	2, 9, 16, 23, 30
3	Анестетическая	3, 10, 17, 24, 31
4	Инструментальная	4, 11, 18, 25, 32
5	Аутопунитическая	5, 12, 19, 26, 33
6	Гетеропунитическая	6, 13, 20, 27, 34
7	Поствиталяная	7, 14, 21, 28, 35

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах: "да" - 3 балла, "частично" - 2 балла, "сомневаюсь" - 1 балл, "нет" - 0 баллов.

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса.

Максимальная выраженность может равняться соответственно: $5 \times 3 = 15$ баллов. Минимальная - 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строится график, позволяющий наглядно отобразить спектр суицидальной мотивации у данного конкретного подростка, и на этом основании судить о выраженности суицидальных тенденций.

Бланк для заполнения:

Ф.И. _____ возраст _____ пол _____				
Впишите ответ в соответствующую номеру вопроса клетку				
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	32
5	12	19	26	33
6	13	20	27	34
7	14	21	28	35

**3.1.8. Методика диагностики суицидальных наклонностей
«Противосуицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин).
«Противосуицидальная мотивация» (Ю.Р. Вагин).**

Инструкция: Вам предлагается заполнить опросник или ответить на предложенные ниже высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

1) "да" - в том случае, если Вы полностью согласны с утверждением, предложенным Вам.

2) "частично" - если высказывание не полностью соответствует переживаниям подростка.

3) "сомневаюсь" - если подросток не уверен, подходит ли ему высказывание или нет.

4) "нет" - в том случае, если подросток уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

1. Сдерживает страх перед смертью.
2. Я считаю, что самоубийство - это грех.
3. Я не могу покончить с собой из-за своих близких.
4. Я считаю, что самоубийство - это слабость и трусость.
5. Мне неприятно представлять свое тело после самоубийства.
6. Мне еще столько нужно сделать в жизни.
7. Я не думаю, что самоубийство - это единственный выход из ситуации.
8. Я считаю, что время - самое лучшее лекарство от всех проблем.
9. Я не знаю способа, чтобы наверняка уйти из жизни.
10. Как только подумаю, что мне придется умереть, меня охватывает ужас.
11. Меня сдерживают мои религиозные убеждения.
12. Не хочу делать больно родным мне людям.
13. Я считаю, что только безвольный человек может покончить с собой.
14. Те способы, которые я могу использовать для ухода из жизни так некрасивы.
15. Если честно, то мне жалко убивать себя.
16. Я надеюсь найти другое решение моих проблем.
17. Я надеюсь, что со временем мне станет легче.
18. Боюсь, что просто не смогу до конца убить себя.
19. Смерть так страшна и ужасна.
20. Жизнь дана мне Богом, и я должен терпеть все страдания.
21. Своим поступком я причину страдания окружающим.
22. Я думаю, что все окружающие осудили бы меня за такой поступок.
23. Я бы не хотел, чтобы мое тело кто-либо видел после того, как я покончу с собой.
24. Я считаю, что мне еще рано умирать.
25. Неуверен, что все, что можно было попытаться сделать, я уже сделал.
26. Нельзя решаться сразу на такой шаг, нужно выждать хотя бы какое-то время.

27. Может получиться так, что вместо того, чтобы умереть - на всю жизнь останешься инвалидом.
28. При мысли о смерти у меня замирает все внутри.
29. Если я совершу самоубийство, то погублю свою бессмертную душу.
30. Я должен жить ради тех, кто рядом со мной.
31. Я не хочу, чтобы после моей смерти обо мне плохо думали.
32. Мне бы хотелось умереть легко и красиво, но я не знаю такого способа.
33. Я думаю, что еще много мог бы пережить хорошего в своей жизни.
34. Всегда можно найти выход из любой ситуации.
35. На смену черной полосе всегда рано или поздно приходит белая.
36. Не могу придумать надежного способа покончить с собой.
37. Если честно признаться, то я боюсь смерти.
38. Совершив самоубийство, я обреку себя на вечные мучения.
39. Я не могу умереть добровольно, потому что есть люди, которые зависят от меня.
40. Я думаю, что покончить с собой - это просто позорное бегство.
41. В самом самоубийстве есть что-то некрасивое.
42. Обидно умирать, не закончив все дела.
43. Может быть, я просто не знаю, как решить ситуацию, но это знает кто-то другой.
44. Даже если проблему нельзя решить, ее можно пережить.
45. Нет уверенности, что удастся умереть.

Обработка и интерпретация результатов:

Тест позволяет выявить и количественно оценить девять основных противосуицидальных мотивационных комплексов:

1. Провитальная мотивация (страх смерти).
2. Религиозная мотивация.
3. Этическая мотивация (чувство долга перед близкими людьми).
4. Моральная мотивация (личное негативное отношение к суицидальной модели поведения).
5. Эстетическая мотивация.
6. Нарциссическая мотивация (любовь к себе).
7. Мотивация когнитивной надежды (надежда как-то разрешить ситуацию, найти выход).
8. Мотивация временной инфляции (ожидание, что со временем что-то может измениться к лучшему).
9. Мотивация финальной неопределенности (неуверенность, что удастся умереть).

Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствует 5 высказываний. Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

№	Наименование мотивации	№ вопроса
1	Провитальная	1, 10, 19, 28 37
2	Религиозная	2, 11, 20, 29, 38
3	Этическая	3, 12, 21, 30, 39
4	Моральная	4, 13, 22, 31, 40
5	Эстетическая	5, 14, 23, 32, 41
6	Нарциссическая	6, 15, 24, 33, 42
7	Мотивация когнитивной надежды	7, 16, 25, 34, 43
8	Мотивация временной инфляции	8, 17, 26, 35, 44
9	Мотивация финальной неопределенности	9, 18, 27, 36, 45

Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяет выраженность данного комплекса.

Каждый из вариантов ответа оценивается количественно в баллах: "да" - 3 балла, "частично" - 2 балла, "сомневаюсь" - 1 балл, "нет" - 0 баллов.

Бланк для заполнения

Ф.И. _____ возраст _____ пол _____				
Впишите ответ в соответствующую номеру вопроса клетку				
1	10	19	28	37
2	11	20	29	38
3	12	21	30	39
4	13	22	31	40
5	14	23	32	41
6	15	24	33	42
7	16	25	34	43
8	17	26	35	44
9	18	27	36	45

3.1.9. Шкала суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977)

Заполняется после суицидальной попытки

Ф.И.О. суицидента _____

Ф.И.О. оценивающего специалиста _____

Дата _____

Обстоятельства

изоляция	0	Кто-либо присутствовал рядом
	1	Недалеко или телефонный контакт
	2	Никого рядом
расчет времени	0	Возможно чье-то вмешательство
	1	Вмешательство маловероятно
	2	Вмешательство фактически невозможно
меры против спасения	0	Не предпринимал
	1	Пассивные (один в комнате, дверь не закрыта)
	2	Активные меры
действия по привлечению помощи	0	Сообщил кому-либо о попытке
	1	Вступил в контакт с кем-либо, не сообщая о попытке
	2	Ни кому не сообщал и не контактировал

предшествующие «последние действия»	0	Не совершал
	1	Частичные приготовления
	2	Определенные планы (завещание, подарки, страховка)
суицидальная записка	0	Нет
	1	Написана и порвана
	2	Написана и имеется в наличии

Самоотчет

Летальность	0	Считал, что действие не приведет к смерти
	1	Не был уверен в летальности действия
	2	Был уверен, что действие смертельно
Декларируемые намерения	0	Не хотел умереть
	1	Не уверен
	2	Хотел умереть
Подготовка	0	Действие импульсивно
	1	Обдумывал менее 1 ч
	2	Обдумывал менее 1 дня
	3	Обдумывал более 1 дня
Реакция на совершенное действие	0	Рад, что остался жив
	1	Неопределенная или двойственная реакция
	2	Сожалеет, что остался жив

Медицинский риск

Прогнозируемый исход	0	Определенно выжил бы
	1	Смерть маловероятна
	2	Смерть вероятна или определена
Вероятность смерти при отсутствии медицинского вмешательства	0	Вероятность отсутствует
	1	Неопределенно
	2	Высокая вероятность смерти

Пункты (1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6) = «сумма баллов подшкалы обстоятельств»

Пункты (7 + 8 + 9 + 10) = «сумма баллов подшкалы самоотчета»

Пункты (11 + 12) = «сумма баллов подшкалы медицинского риска»

Общая сумма баллов:

- 0-3 = Низкий уровень интенций;
- 4-10 = Средний уровень интенций;
- Более 10 = Высокий уровень интенций.

Шкала разработана как дополнительный метод оценки, не заменяет клинической оценки риска экспертом

3.2. Проективный метод исследования суицидального поведения

Особенность проективного метода заключается в построении суицидентами на базе неструктурированного стимульного материала, заданного диагностом-психологом субъективного образа, который выражает сознательные и бессознательные аспекты целостной психики.

Необходимо учитывать классическое предостережение при использовании проективных методик « не следует безоговорочно доверяться полученным данным и пытаться строить на их основе однозначный диагноз».

Проективные методики допустимо использовать не для постановки диагноза, а для формулировки гипотез, подлежащих проверке субъективных методик [20.С 9].

3.2.1. Тематический апперцептивный тест (четыре фотографии) (для индивидуальной работы с суицидентом или человеком, контактирующим с ним)

Тематический апперцептивный тест (четыре фотографии) (для индивидуальной работы с суицидентом или человеком, контактирующим с ним)

Инструкция. Первая часть. «Я буду показывать Вам картины, Вы посмотрите на картину и, отталкиваясь от нее, составите рассказик, сюжет, историю. Постарайтесь запомнить, что нужно в этом рассказике упомянуть. Вы скажете, что, по-Вашему, это за ситуация, что за момент изображен на картине, что происходит с людьми. Кроме того, скажете, что было до этого момента, в прошлом по отношению к нему, что было раньше. Затем скажете, что будет после этой ситуации, в будущем по отношению к ней, что будет потом. Кроме того, надо сказать, что чувствуют люди, изображенные на картине или кто-нибудь из них, их переживания, эмоции, чувства. И еще скажете, что думают люди, изображенные на картине, их рассуждения, воспоминания, мысли, решения». Зачитывается два раза.

Инструкция содержит выделение пяти моментов, которые должны присутствовать в рассказах: 1) момент (настоящее), 2) прошлое, 3) будущее, 4) чувства, 5) мысли.

Инструкция. Вторая часть.

После повторения дважды первой части инструкции следует своими словами и в любом порядке сообщить следующее:

- «правильных» или «неправильных» вариантов не бывает, любой рассказ, соответствующий инструкции, хорош;

- рассказывать можно в любом порядке. Лучше не продумывать заранее весь рассказ, а начинать сразу говорить первое, что придет в голову, а изменения или поправки можно ввести потом, если будет в этом нужда;

- литературная обработка не требуется, литературные достоинства рассказов оцениваться не будут. Главное, чтобы было понятно, о чем идет речь. Какие-то частные вопросы можно будет задать по ходу. Последний пункт не вполне соответствует истине, поскольку в действительности логика рассказов, лексика и т.п. входят в число значимых диагностических показателей.

При обследовании при помощи ТАТ **протоколированию** подлежит следующее:

1. Полный текст всего того, что говорит обследуемый в той форме, в какой он это говорит, со всеми вставками, отвлечениями, оговорками,

аграмматизмами, повторениями и словами-паразитами. Если он хочет исправить что-то ранее сказанное, следует записать те исправления, которые он вносит, не меняя ничего в предыдущей записи.

2. Все, что говорит психолог, обмены репликами с обследуемым, вопросы обследуемого и ответы психолога, вопросы психолога и ответы обследуемого.

3. Относительно длинные паузы в ходе составления рассказа.

4. Латентное время — от предъявления картины до начала рассказа — и общее время рассказа — от первого до последнего слова. Время, затраченное на уточняющий опрос, не приплюсовывается к общему времени рассказа.

5. Положение картины, Для некоторых картин неясно, где верх, где низ, и обследуемый может ее вертеть. Повороты картины необходимо фиксировать. Правильное положение обозначается значком "Л", положение "вверх ногами" — "V", боковые положения, соответственно, "<" и ">". Если обследуемый будет спрашивать, как правильно держать, следует отвечать: "Как Вам удобно, так и держите".

6. Эмоциональный настрой обследуемого, расположение духа, динамику его настроения и эмоциональных реакций по ходу обследования и в процессе рассказывания.

7. Невербальные реакции и проявления обследуемого — жесты, мимику, позы: пожал плечами, улыбнулся, нахмурился, сменил одну позу на другую (открытую на скованную или наоборот).

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Психолог:

Обследуемый: _____, жен., _____ лет.

Семейное положение: _____

Здоровье: _____.

Образование: _____

Профессиональная сфера: _____

Актуальная проблематика: _____

Обстоятельства обследования: _____

Дата и время обследования: _____

1. Сочиняя историю, рассказчик обычно идентифицируется с одним из действующих лиц, и желания, стремления и конфликты этого персонажа могут отражать желания, стремления и конфликты рассказчика.

2. Иногда диспозиции, стремления и конфликты рассказчика представлены в неявной или символической форме.

3. Рассказы обладают неодинаковой значимостью для диагностики импульсов и конфликтов. В одних может содержаться много важного диагностического материала, а в других — очень мало, или он может вообще отсутствовать.

4. Темы, которые прямо вытекают из стимульного материала, скорее всего, менее значимы, чем темы, прямо не обусловленные стимульным материалом.

5. Повторяющиеся темы с наибольшей вероятностью отражают импульсы и конфликты рассказчика.

Стимульный материал для индивидуальной диагностики суицидального поведения: набор из четырех фотографий с черно-белым изображением.



Рис. 1. (9GF) Молодая женщина с журналом и сумочкой в руках смотрит из-за дерева на другую нарядно одетую женщину, еще моложе, бегущую по пляжу.

Выявляет отношения со сверстницами, часто соперничество между сестрами или конфликт матери с дочерью. Может выявлять депрессивные и суицидальные тенденции, подозрительность и скрытую агрессивность, вплоть до паранойи.

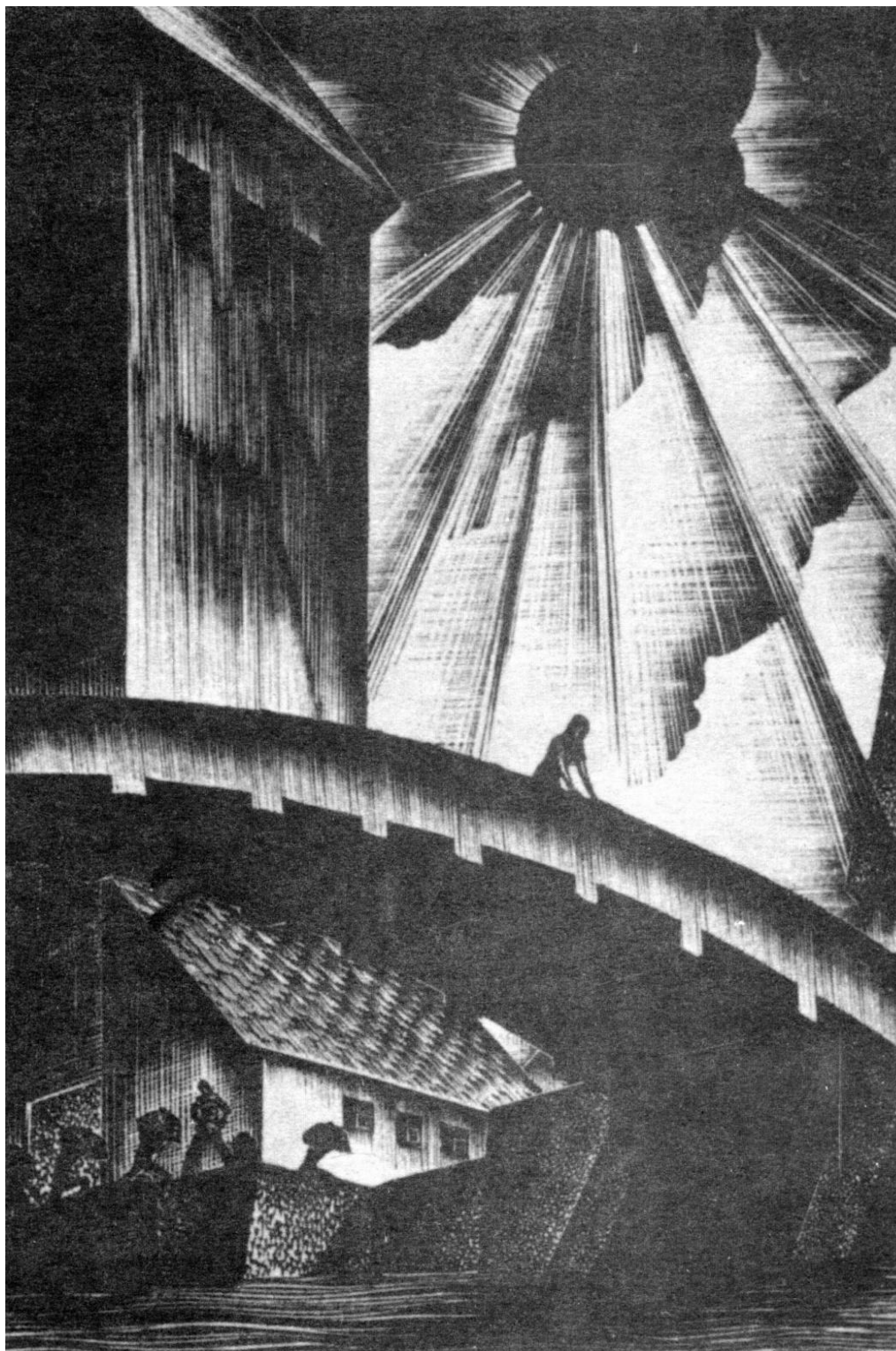


Рис. 2 (17GF) Женская фигура на мосту, склонилась над перилами, позади высокие здания и маленькие человеческие фигурки.



Рис. 3 (12BG) Лодка, привязанная к берегу реки в лесистом окружении

Выявление депрессивных и суицидальных тенденций.



Рис.4. (15) Немолодой человек с опущенными руками стоит среди могил.

Отношение к смерти близких, собственные страхи смерти, депрессивные тенденции, скрытая агрессия, религиозные чувства.

3.2.2. Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)

Тест «Ваши суицидальные наклонности» (З. Королёва)

Цель: определение суицидальных наклонностей субъекта.

Инструкция. Перед вами некая фигура замысловатой формы. Ее сердцевина закрашена черным. Закончите рисунок, придайте фигуре завершенность. Для этого вам нужно закрасить все части фигуры таким образом, чтобы картина вам самим понравилась.



Интерпретация результатов

Если на вашем рисунке ОКАЗАЛОСЬ БОЛЬШЕ ЗАКРАШЕННЫХ, ЧЕМ ПУСТЫХ МЕСТ, то это говорит о том, что в данный момент жизни вы пребываете в мрачном настроении духа. Вас что-то гнетет, вы переживаете из-за каких-то событий или беспокоитесь о чем-то важном для вас, однако это состояние временное и оно обязательно пройдет. Вы не склонны к суициду, вы любите жизнь и искренне не понимаете тех, кто готов с ней добровольно расстаться.

Если вы НИЧЕГО НЕ ЗАКРАСИЛИ В ЗАДАННОЙ ФИГУРЕ, только ОБВЕЛИ ЕЕ, то это говорит о вашей железной воле и крепких нервах. Вы никогда не позволите себе поддаться слабости и подумать о самоубийстве, вы считаете это преступлением по отношению к самому себе, близким людям и окружающему вас миру. Как бы ни была трудна жизнь, вы будете жить, вы готовы бороться со всеми жизненными невзгодами, преодолевать любые трудности и препятствия.

Если вы ЗАКРАСИЛИ НЕ БОЛЬШЕ ТРЕХ МАЛЕНЬКИХ ЧАСТЕЙ ФИГУРЫ, то это значит, что при определенных обстоятельствах вы могли бы задуматься о самоубийстве, и если бы все обернулось против вас, то, возможно, даже предприняли бы такую попытку. Но, на ваше счастье, вы оптимист по

натуре и поэтому обстоятельства крайне редко кажутся вам совсем ужасными, вы всегда видите свет в конце тоннеля.

Если вы **ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ЛЕВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ**, то это говорит о вашей душевной ранимости и чрезмерной чувствительности, вы остро воспринимаете несправедливость жизни и страдаете от этого. Вы склонны к суициду, и иной раз единственное, что вас останавливает перед решительным шагом, — это ваша любовь к вашим близким людям. Вы не хотите причинять им боль и поэтому подавляете в себе суицидальные наклонности.

Если вы **ЗАКРАСИЛИ ВСЮ ПРАВУЮ СТОРОНУ ФИГУРЫ**, то это говорит о том, что вы зачастую используете свои суицидальные наклонности с выгодой для себя: вы шантажируете своих близких своим возможным самоубийством, заставляете их выполнять ваши требования. Вы несправедливы, с вами очень тяжело жить.

Если вы **ПРОДОЛЖИЛИ ЗАКРАШИВАНИЕ ЗАДАННОЙ ЧАСТИ ФИГУРЫ**, то это говорит о том, что подсознательно вы подумываете о смерти, ваше мортидо развито столь же сильно, как и либидо. Однако внешне ваши суицидальные наклонности не проявляются, они вырвутся наружу только при удобном случае.

3.2.3. Графический тест «Ваши мысли о смерти» Л.Б. Шнейдер

Графический тест «Ваши мысли о смерти» Л.Б. Шнейдер

Инструкция: Перед вами фигура, несущая в себе символическое значение смерти. Эта картина явно не закончена, в ней не хватает каких-то важных деталей. Дорисуйте недостающие фрагменты, завершите картину смерти.

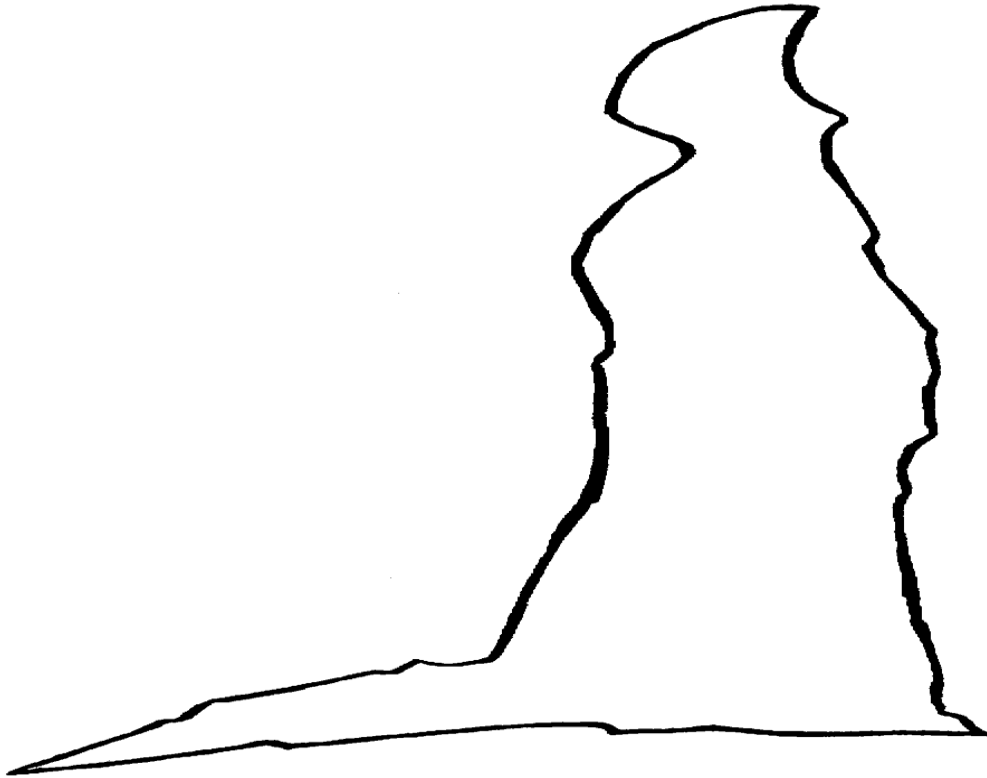
Обработка результатов, интерпретация.

Испытуемый не стал прорисовывать детали фигуры – испытуемый не любит размышлять о смерти, для него это пока отвлеченная тема, философская. Он гонит от себя черные мысли, предпочитая держать в голове радости жизни, а не горести смерти.

Испытуемый тщательно прорисовал все детали данной фигуры, превратив ее в старуху с косой или женщину в белом саване/ или в другого подходящего персонажа - испытуемый не боится смерти, он понимает, что так устроена жизнь и все живые существа когда-нибудь умрут. Подобные мысли его не радуют, однако печалиться по этому поводу он не желает. У испытуемого здоровое отношение к вопросу смерти.

Испытуемый полностью закрасил силуэт и пририсовал к нему какие-то детали (косу за спиной или профиль) – это выдает болезненное отношение испытуемого к смерти. Испытуемый часто размышляет на эту тему и нервничает. Возможно, у него были в жизни тяжелые утраты, которые не прошли для него бесследно, он боится смерти и ненавидит ее.

Испытуемый причудливо раскрасил силуэт (узоры, полосы) - испытуемый одержим мыслью о смерти, она представляется ему желанной, и загадочной, таинственной и влекущей. Испытуемый все время задается вопросом: существует ли загробная жизнь? Его ищущий ум не остановился пока ни на одной из вер, он находится в постоянном поиске, анализирует все сведения, хочет приподнять завесу над этой тайной. Пока испытуемый занят теоретическими изысканиями, все нормально, для него нет никакой опасности до тех пор, пока он не перейдет к практическим опытам.



Чем подробнее и четче нарисованный испытуемым фон, тем больше времени он проводит в размышлениях о смерти. Если испытуемый фон нарисовал ярче, чем основную фигуру, то это значит, что он настроен пессимистично, возможно, размышляет о своей горькой участи и несправедливости жизни.

Если испытуемый разделил заданную фигуру на несколько фигур поменьше, передав их во взаимодействии (луна над головой человека, стоящего на свежевырытой могиле и т.д.), то это выдает в испытуемом творческого человека. Испытуемый даже к вопросу о смерти подходит с оригинальных позиций, ему нравится разговаривать на эту тему, выслушивать разные точки зрения. Он еще не составил окончательного мнения на этот счет. Он не боится смерти, но уважает ее.

3.2.4. Метод незаконченных предложений «Сакса и Леви»

Метод незаконченных предложений «Сакса и Леви»

Метод незаконченных предложений позволяет выявлять как осознаваемые, так и неосознаваемые установки человека. Он является достаточно простым по технике реализации и, в то же время, гибким и легко приспособляемым для различных конкретных целей. При использовании метода незаконченных предложений подростку предлагается продолжить следующие предложения.

Прочитайте и закончите предложение, вписывая первую же пришедшую Вам в голову мысль. Делайте это быстро, не медлите. Если не можете закончить какое-либо предложение, обведите его номер кружком и займитесь им позднее».

Обследование приводится в два этапа. На первом испытуемые завершают незаконченные предложения, на втором этапе производят оценку своего эмоционального отношения к содержанию данной концовки предложения.

- Я не люблю.....
- Когда идет дождь.....
- Завтра я.....
- Когда я закончу школу.....
- Наступит день когда.....
- Я хочу жить, потому что.....
- Если все против меня, то.....
- Думаю, что мой отец редко.....
- Моя мать и я.....
- Знаю что глупо, но боюсь.....
- Когда вижу женщину вместе с мужчиной.....
- Сделал бы все, чтобы забыть.....
- Моим самым живым воспоминанием детства является.....
- Думаю, что настоящий друг.....
- Когда мне начинает невезти, я.....
- Мысль, которая меня постоянно преследует, касается.....
- Моя семья.....
- Что я для себя решил окончательно, так это.....
- Мое настроение.....
- Вокруг меня.....
- В этой жизни.....
- Жизнь - это.....
- Я обязательно.....
- Через некоторое время.....
- Жизнь после смерти – это.....
- Впереди меня ждет.....
- Жалко только, что.....
- Когда я один.....
- У меня нет.....
- Мое здоровье.....

3.2.5. Эмоционально-личностный тест «Сказка «Похороны» Луизы Дюсс (адаптация М. Габрунер, В. Соколовская)

Эмоционально-личностный тест «Сказка «Похороны» Луизы Дюсс (адаптация М. Габрунер, В. Соколовская)

Проективные методики в сказкотерапии суицидального поведения дают дополнительную информацию, зашифрованную в образах.

Эмоционально-личностный тест «Сказка «Похороны» был составлен детским психологом доктором Луизой Дюсс. Он может быть использован в работе с детьми даже самого раннего возраста, которые пользуются крайне простым языком для выражения своих чувств.

Провести этот тест не очень сложно, поскольку все дети любят слушать сказки. Особенно он подходит для проведения в семье, поскольку не требует особых условий среды во время тестирования. Для интерпретации отбираются положительные и отрицательные результаты, которые используются в качестве ориентира для применения в процессе прямого наблюдения за развитием личности ребенка во время проведения других тестов. Тест выявляет отношение ребенка к смерти, а это значит, к агрессивности, разрушительности и тесно взаимосвязанному чувству вины и самобичеванию. Маленьким детям психолог рассказывает сказку, где фигурирует персонаж, с которым он будет идентифицировать себя. Сказка заканчивается вопросом, обращенным к ребенку.

Инструкция: Сейчас я выдам тебе листок бумаги, на котором записаны две ситуации и вопросы к ним. Ты должен их внимательно прочитать, подумать и записать ответ, который кажется тебе верным».

Важно обратить внимание на тон голоса ребенка, на то, насколько быстро (медленно) он реагирует, не дает ли поспешных ответов. Наблюдайте за его поведением, телесными реакциями, мимикой и жестами. Обратите внимание, в какой мере его поведение во время проведения теста отличается от обычного, повседневного поведения. Согласно Дюсс, некоторые нетипичные реакции ребенка и особенности поведения являются признаками патологической реакции на тест и сигналы какого-то психического расстройства.

- просьба прервать рассказ;
- стремление перебить рассказчика;
- предложение необычных, неожиданных окончаний историй;
- торопливые и поспешные ответы;
- изменение тона голоса;
- признаки волнения на лице (излишнее покраснение или бледность, потливость, небольшие тики);
- отказ отвечать на вопрос;
- возникновение настойчивого желания опередить события или начать сказку сначала,

Цель: выявление отношения ребенка к смерти, а также к агрессивности и стремлению к разрешению конфликтов смертью. выяснить, не возникнут ли спонтанно эмоциональные явления, которые обычно не проявляются в поведении ребенка, но в то же время действуют в нем.

Стимульный материал. Лист, на котором написана сказка (или читается).

«По улице идет похоронная процессия, и все спрашивают, кто умер. Кто-то показывает на один из домов и говорит: «Умер человек, который жил в этом доме». Кто же умер?».

Содержание сказки можно немного изменить для детей, которые вследствие маленького возраста не совсем точно понимают идею смерти или предложить их две вместе.

«Однажды родители, дедушка с бабушкой, тети и дяди и все дети пошли на станцию и один из них сел в поезд и уехал далеко-далеко и, может быть, никогда не вернется. Кто это был?»

После вопроса оставлены пустые строки, для записи ответа.

Ответы записываются в бланк протокола и оцениваются в соответствии с критерием «нормальный» или «настораживающий». Исходя из чего, делается вывод о нормальном психическом здоровье или о скрытом эмоционально-личностном беспокойстве, неуверенности, страхе, а также об отношении к жизни и смерти.

Нормальные ответы о смерти в большинстве своем должны содержать понимание смерти как нечто, независящее от них, непосредственно к ним не относящееся и их не касающееся (абстрактные ответы).

Настораживающие ответы содержат нечто конкретное, например, конкретные имена ближайшего окружения

Типичные нормальные ответы	Ответы, на которые следует обратить внимание
«Незнакомый человек»,	«Мальчик (девочка)»
«Неизвестный человек» "Неизвестно кто"	Папа (мама) одного ребенка» и т. д.
«Дедушка (бабушка) какого-то ребенка»	«Младший (старший) брат (сестра) одного ребенка
«Человек, который был очень болен»	«Папа одного мальчика»
«Очень важный человек»	Навсегда уехал дед и папа
«Старик (старушка)» и т. д.	
Любой неизвестный житель этого дома	
«Сосед»	
Неизвестный дядя	
Уехал человек, не думающий о своих родных	

Параллельно с методикой сказка, С.З. Завражин, Н.В Жукова предлагают проводить рисуночную методику рисования смерти «Мой символ смерти» [С.61]. Она проводится по стандартной процедуре. Сначала необходимо установить доверительный контакт.

Стимульный материал: два листа бумаги, карандаши.

Инструкция 1.: «Возьмите бумагу и карандаши. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов. Откройте глаза. Теперь выберите цвет и

начните рисовать ваш символ смерти. Не нужно сознательно выбирать какой-то символ, просто начните рисовать».

Инструкция 2. Теперь возьмите новый лист бумаги. Можно выбрать другой цвет. Начните рисовать ваши чувства, относящиеся к смерти. Попробуйте рисовать, не обдумывая то, что вы делаете». Вопросы и дополнительные объяснения не допускаются.

Анализ рисунка осуществляется по семантике расположения рисунка в пространстве, графологических признаков и содержательных (что нарисовано, цвет).

Типичные нормальные рисунки	Рисунки, на которые следует обратить внимание
Обряды, кладбищенская тематика	Насильственная смерть
Смертельные ситуации, связанные с использованием предметов гибели человека	Атрибутика похорон
Умирание чего-то живого, окончанием его существования, болезни	Непосредственные убийства
Абстрактные рисунки	
Связаны со светлой печалью об умершем	

Протокол диагностической беседы

Дата.....

ФИО.....

№	Ответы ребенка	Невербальное поведение	Интерпретация
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

3.3. Метод анкетирования в психодиагностике суицидального поведения

Анкетирование – это метод сбора исследуемых данных по суицидальному поведению, основанный на опросе.

Анкета представляет собой систему вопросов, объединенных одним замыслом, и направлена на выявление качественно-количественных характеристик суицидального поведения.

В предлагаемых анкетах используются вопросы о фактах суицидального поведения, открытые и закрытые вопросы, вопросы сконструированные в виде поперечных профилей.

Во вступлении при проведении анкетирования излагается тема, цель, задачи опроса. Сообщается о конфиденциальности полученной информации. Объясняется техника заполнения анкеты.

3.3.1. Диагностическая анкета критических ситуаций подростков (Л.Б. Шнейдер)

Диагностическая анкета критических ситуаций подростков (Л.Б. Шнейдер)

Инструкция. Для заполнения анкеты вам необходимо ответить на все вопросы. Помните, что здесь не может быть правильных или неправильных ответов. Участие в исследовании является добровольным, и лишь от вашего желания зависит, будете вы подписывать анкету или нет. Самое главное — ваши ответы, которые окажут нам большую помощь.

Текст анкеты

1. Предположим, к вам обратились ваши родные, друзья или одноклассники с просьбой в трудной для них ситуации (ссоры, конфликты, споры, разногласия) помочь найти выход из нее. Как бы вы поступили?

2. В вашей жизни были случаи, когда возникало несколько неприятных для вас событий в одно и то же время, а вы были их участниками или очевидцами. Отметьте галочкой, какие это были события. Начинайте свой ответ словами «У меня были...», «Я переживал...». Постарайтесь выбрать:

- ссоры, конфликты с друзьями;
 - конфликты, споры, разногласия с одноклассниками;
 - ссоры, конфликты между родителями; между родителями и родственниками;
 - неприятности во взаимоотношениях с учителями;
 - разногласия между родителями и учителями;
 - неприятные переживания (сожаление) из-за того, что совершил, сделал или собираюсь сделать;
 - неприятности в учебе — неуспеваемость;
 - конфликты с братом или сестрой;
 - конфликты с милицией;
 - конфликты с родителями;
 - неприятные внутренние переживания — одиночество, «что-то тревожит»; если что-нибудь другое, пожалуйста, напишите:
-

3. Знаком «х» с левой стороны шкалы укажите, как давно произошли неприятные для вас события, а с правой — вероятность их повторения в будущем.

Прошлое Будущее
 1 2 3 4 5 6 Настоящее 6 5 4 3 2 1

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1. Очень-очень давно | 6. Очень скоро |
| 2. Очень давно | 5. Скоро |
| 3. Давно | 4. Не очень скоро |
| 4. Не очень давно | 3. Нескоро |
| 5. Недавно | 2. Очень нескоро |
| 6. Совсем недавно | 1. Очень-очень нескоро |

4. Вспомните случаи, когда вы были участником неприятных для вас событий.

Отметьте, что вы чувствовали после этого. Начинайте свой ответ словами: «После неприятных событий, которые я видел, в которых участвовал или о которых слышал и думал, я чувствовал...»:

удовлетворение	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	неудовлетворение
веселье	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	тоску
возбуждение	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	подавленность
отсутствие страха, опасений	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	страх, опасение
спокойствие	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	беспокойство
уверенность	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	неуверенность
самостоятельность	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	беспомощность
успокоение	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	легкую тревожность
расслабление	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	напряжение
бодрость	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	усталость
беззаботность	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	озабоченность
свободу	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	занятость

5. Отметьте знаком «v», какие мысли, желания вы испытывали после неприятных для вас событий, случившихся почти в одно и то же время. (Вы были их очевидцем или участником.) Начинайте свой ответ со слов «После неприятных для меня событий, я чаще всего...»:

— испытывал чувство гнева, злости на себя или на окружающих;

- возникало желание что-нибудь пнуть, сломать, разрушить, ударить кого-нибудь;
- возникало желание выплеснуть эмоции, зло;
- оценивал людей и их работу только с худшей стороны, придирался к ним;
- оценивал, оглядывался на прожитые годы, на свое прошлое;
- оценивал перспективы будущего — строил планы на будущее;
- подводил итог тому, что я сделал в прошлом, подводил итог своей жизни, прожитых лет;
- появлялись мысли типа «заснуть и не проснуться», «если бы со мной произошло что-нибудь, и я умер...» и т.д.

6. После того как вы пережили несколько неприятных для вас событий, случившихся одновременно, отметьте (v), как вы чувствовали себя после этого. Начинайте свой ответ словами «После неприятных событий, которые я пережил, я испытывал...» (см. таблицу).

комфорт	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	дискомфорт
удовольствие	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	неудовольствие
спокойствие	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	тревожность
радость	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	уныние
всё изменится в лучшую сторону	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	безвыходность
уверенность в себе	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	неуверенность в себе
окружающий мир вокруг меня не изменился	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	мир стал мрачным
бывает и хуже	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	хуже уже некуда
чувство, что не один	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	одиночество
самостоятельность	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	беспомощность
надежда на изменения	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	безнадежность
удовлетворение от того, что делаю	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	неудовлетворение
расслабление	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	напряжение
спокойствие	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	возбуждение
моё самочувствие не изменилось	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	ухудшение самочувствия
хороший сон	3 – 2 – 1 – 0 – 1 – 2 – 3	плохой сон

7. Нарисуйте на обороте листа ту неприятную ситуацию, которую вы вспоминали (представляли), когда отвечали на вопросы.

Обработка и интерпретация результатов анкетирования

Вопрос 2 показывает сферы возникновения критических ситуаций у подростков.

Вопрос 3: лексическая шкала удаленности критической ситуации в психологическое прошлое подростка и ее ожидание в будущем.

Вопрос 4 диагностирует состояния, свидетельствующие о наличии переживания критической ситуации:

- к *субдепрессивным состояниям* относятся: неудовлетворение, тоска, подавленность;
- к *состояниям фобического круга* относятся: страх, опасение, беспокойство, неуверенность, беспомощность, легкая тревожность;
- к *состояниям нервно-психического (эмоционального) напряжения* относятся: усталость, озабоченность, напряжение.

Вопрос 5 диагностирует *ситуационные реакции: оппозиции и отрицательного баланса*, а также *внутреннее суицидальное поведение*.

Вопрос 6 диагностирует *ситуационные реакции:*

- *эмоционального дисбаланса*: дискомфорт, неудовольствие, тревожность, уныние;
- *пессимизма*: безысходность, безвыходность, незначительность своих возможностей, «мрачное» мировосприятие, чувство, что «хуже уже некуда»;
- *демобилизации*: одиночество, беспомощность, безнадежность, неудовлетворение от деятельности;
- *дезорганизации*: напряжение, возбуждение; ухудшение самочувствия, плохой сон.

Вопрос 7: рисунок способствует выявлению и осознанию трудно вербализуемых проблем и переживаний подростков. Уточняющие вопросы по рисунку: «Что происходит?»; «Кто изображен?»; «Чем занимаются люди?»; «О чем они думают?»; «Что они чувствуют?».

3.3.2. Анкета изучения отношения подростков к смерти И.Н. Лавриковой

Анкета изучения отношения подростков к смерти (И.Н. Лаврикова)

Предназначена как для группового, так и для индивидуального тестирования. Время выполнения не ограничивается

1. Что такое смерть?
2. Можете ли Вы представить себе свою собственную смерть?
3. Является ли смерть необходимостью или же она представляет собой разновидность недуга, с которым человек сможет когда-нибудь справиться?
4. Хороша или плоха смерть? Почему?

5. Что Вы думаете о связанных со смертью церемониях?
6. Не было ли у Вас желания умереть? Если да, то почему?
7. Обдумывали ли Вы когда-нибудь или пытались покончить жизнь самоубийством? Если да, то почему?
8. Думаете ли Вы, что наука может сделать человека полностью или отчасти бессмертным?
9. Хотели бы Вы, чтобы врач сообщил Вам о том, что Вы смертельно больны (если бы это было действительно так)?
10. Необходимо ли поддерживать жизнь умирающего человека при любых условиях?
11. Были ли Вы честны в своих взглядах и оценках?
12. Верите ли Вы, что у вас есть душа?

3.3.3. Примерные вопросы для психолого-педагогического анкетирования родителей, старшеклассников и педагогов по проблеме информированности о детском суициде

Анкета для педагогов.

Уважаемые педагоги! Подчеркните выбранный Вами вариант ответа.

1. Что такое суицид?

а) самоубийство	г) неизлечимая болезнь
б) насильственный уход из жизни	д) психическое заболевание
в) несчастный случай	е) другое

2. Слово «суицид» Вы узнали:

а) из газет	д) от родственников
б) из кинофильма	е) от подростков
в) из передачи по телевидению	ж) другое

3. Сталкивались ли Вы в жизни с этой проблемой?

а) нигде и никогда	в) в кругу моих знакомых
б) только по телевизору	г) в моей семье

4. Считаете ли Вы, что человек имеет право сам расстаться с жизнью?

- а) ДА б) НЕТ

5. Что может стать причиной суицида?

6. В каком возрасте человек может совершить суицид?

7. Как Вы относитесь к людям, совершившим суицид?

3. Сталкивался ли ты в жизни с этой проблемой?

а) нигде и никогда б) только по телевизору	в) в кругу моих знакомых г) в моей семье
---	---

4. Считаешь ли ты, что человек имеет право сам расстаться с жизнью?

- а) ДА б) НЕТ

5. Что может стать причиной суицида?

6. В каком возрасте человек может совершить суицид?

7. Как ты относишься к людям, совершившим суицид?

а) безразлично б) с сочувствием в) терпимо	г) с презрением д) другое _____
--	------------------------------------

8. Что бы ты сделал, если бы ты узнал, что твой друг хочет совершить суицид?

а) стал его отговаривать б) рассказал об этом его родителям в) посоветовал ему обратиться к психологу г) сообщил в милицию д) позвонил в «Скорую помощь»	е) поделился с другими ребятами ж) поставил в известность учителя з) не обратил внимание и) другое _____ _____ _____
--	---

9. Как ты думаешь, суицид – это выход из сложной жизненной ситуации ?

- а) ДА б) НЕТ

10. В трудной жизненной ситуации ты предпочел бы обратиться за помощью к:

а) родителям (брату/ сестре, родственникам) б) учителю (классному руководителю) в) воспитателю (тренеру, руководителю кружка)	г) психологу д) одноклассникам е) близким друзьям ж) врачу е) другое _____
---	--

11. Куда можно обратиться, если ты столкнулся с проблемой суицида?

Твой пол _____ Твой возраст _____

Спасибо!

б) рассказывать всем подросткам об этой проблеме	г) не обсуждать эту проблему, как можно меньше говорить об этом
--	---

д) ваш вариант:

Ваш возраст _____
 Ваш пол _____
 Вашему ребенку _____ лет.

Спасибо!

3.4. Метод стандартизированного самоотчета в диагностике суицидального риска

Метод стандартизированного самоотчета – это один из основных методов психологии заключающийся в анализе личностью деятельности (ее условий, результатов) субъектом которой она является. Метод самоотчета непосредственно вытекает из метода интроспекции. Самоотчеты, предлагаемые в методическом пособии, делаются специалистом, работающим с суицидентом.

3.4.1. Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

Карта риска суицида

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
<i>1. Биографические данные</i>			
1. Ранее имела место попытка суицида	- 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	- 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	- 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	- 0,5	+1	+2

5. Полная или частичная безнадзорность	- 0,5	+0,5	+1
II. Актуальная конфликтная ситуация			
<i>А — вид конфликта:</i>			
1. Конфликт с взрослым человеком (педагогом, родителем)	- 0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	- 0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	- 0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	- 0,5	+0,5	+1
<i>Б — поведение в конфликтной ситуации:</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
<i>В — характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты имели место ранее	- 0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	- 0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	- 0,5	+0,5	+1
<i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+0,5	+2
III. Характеристика личности			
<i>А — волевая сфера личности:</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+0,5	+1
2. Решительность	- 0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	- 0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+0,5	+1
<i>Б — эмоциональная сфера личности:</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+0,5	+2

6. Доверчивость	- 0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+2	+3
9. Импульсивность	- 0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	- 0,5	+0,5	+1,5

Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма, и полученный результат соотносится с приведенной ниже шкалой:

- менее 9 баллов - риск суицида незначителен;
- 9–15,5 баллов - риск суицида присутствует;
- более 15,5 балла - риск суицида значителен.

Выявив с помощью «карты риска» предрасположенность к попыткам самоубийства, нужно постоянно держать подростка в поле зрения и чутко реагировать на малейшие отклонения в его настроении и поведении. Если итоговая сумма баллов превышает критическое значение или поведенческие особенности (знаки беды) начинают усиленно проявляться, то рекомендуется обратиться к психологу или врачу-психиатру за квалифицированной помощью.

3.4.2. Шкала намерения суицидов (А.Т. Бек)

Бэк (Beck A.T.) является одним из самых известных и признанных авторитетов в области суицидологии в мире. Составленный им тест позволяет в баллах оценить степень суицидальной интенции, то есть, выраженность, напряженность, и в определенном смысле истинность суицидальных тенденций у лиц, совершивших суицидальную попытку. Чем выше общий балл суицидальной интенции при суммации по всем 15 параметрам, учитываемым в тесте Бэка, тем более достоверна реальность намерений человека покончить жизнь самоубийством.

Подростки, совершившие суицидальную попытку, и имеющие высокий индекс суицидальной интенции по шкале Бэка, в первую очередь должны попадать в поле зрения психолога, психотерапевта или психиатра. Важно помнить, что при высоком индексе суицидальной интенции существенно повышается риск повторной суицидальной попытки.

Тест состоит из двух разделов:

В *первом разделе* учитываются объективные обстоятельства, имеющие отношение к суицидальной попытке:

1)Изоляция

- 0 - кто-то присутствует рядом
- 1 - кто-то поблизости или в пределах визуального или вокального контакта
- 2 - никого нет поблизости или в пределах визуального или вокального контакта

2) Выбор времени

- 0 - вмешательство возможно
- 1 - вмешательство маловероятно
- 2 - вмешательство очень маловероятно

3) Предосторожности против раскрытия/вмешательства

- 0 - нет
- 1 - пассивные предосторожности, например избегание посторонних, но отсутствие предосторожностей против их вмешательства
- 2 - активные предосторожности, например закрытая дверь

4) действия, ориентированные на получение помощи во время/по-сле попытки

- 0 - извещение потенциального помощника о попытке
- 1 - контакт без специального извещения потенциального помощника о попытке
- 2 - контакт или извещение потенциального помощника отсутствует

5) Финальные действия в ожидании смерти (например, завещание, подарки, страховка)

- 0 - нет
- 1 - мысли об этом или какие-то приготовления
- 2 - делал определенные планы или законченные приготовления

6) Активные приготовления к попытке

- 0 - нет
- 1 - минимальные или умеренные
- 2 - развернутые

7) Предсмертные записки

- 0 - нет
- 1 - записка написана, но изорвана, или мысли об этом
- 2 - наличие записки

8) открытое извещение о намерении перед попыткой

- 0 - нет
- 1 - двусмысленные извещения
- 2 - недвусмысленные извещения

Второй раздел включает в себя данные, полученные при самоотчете исследуемого:

9) Приписываемая цель попытки

- 0 - манипуляция окружением, привлечение внимания, месть
- 1 - компоненты «0» и «2»
- 2 - бегство, решение проблем

10) ожидаемая фатальность

- 0 - мысли о нежелательности смерти

- 1 - мысли, что смерть возможна, но не обязательна
 - 2 - мысли, что смерть возможна и обязательна
- 11) Понимание летальности метода
- 0 - сделал меньше, чем предполагал будет летальным
 - 1 - был неуверен, что действия будут летальными
 - 2 - выполнил или превысил то, что ожидал будет летальным
- 12) Серьезность попытки
- 0 - не делал серьезной попытки покончить с жизнью
 - 1 - неопределенность о серьезности окончить жизнь
 - 2 - серьезно пытался покончить с жизнью
- 13) отношение к жизни/смерти
- 0 - не хотел умирать
 - 1 - компоненты «0» и «2»
 - 2 - хотел умереть
- 14) Представления о возможностях медицинской помощи
- 0 - мысли, что смерть будет маловероятной при медицинском вмешательстве
 - 1 - был неуверен, может ли смерть быть предупреждена при медицинском вмешательстве
 - 2 - был уверен в смерти даже при медицинском вмешательстве
- 15) Степень преднамеренности
- 0 - нет, импульсивное
 - 1 - обдумывание менее 3 часов перед попыткой
 - 2 - обдумывание более 3 часов перед попыткой

3.5. Метод психодиагностической беседы в получении дополнительной информации для психологического заключения и последующей коррекции суицидального поведения детей и подростков

В процессе психодиагностической беседы формируется более полное представление о личности суицидента, его потребностях, интересах и ценностях, уточняются сведения о близких. На первом этапе устанавливается эмоциональный контакт с суицидентом, взаимоотношения «сопереживающего партнерства», которые характеризуются высокой степенью доверительности. В ходе второго этапа устанавливается последовательность событий, в результате которых сложилась кризисная ситуация, выясняется, что повлияло на душевное состояние, снимается ощущение безвыходности ситуации. Третий этап представляет собой совместное планирование деятельности по преодолению кризисной ситуации. Четвертый этап окончательного формирования решения, активной психологической поддержки, придает индивиду уверенность в своих силах и возможностях.

В проведении психодиагностической беседы могут использоваться различные средства, от скрининг-теста до схемы наблюдения и обследования

3.5.1. Скрининг-тест для выявления суицидального поведения Л. Юрьева

Скрининг-тест для выявления суицидального поведения Л. Юрьева

Скрининговые вопросы	Да	Нет
Можно начать с выяснения точки зрения, подростка на свою жизнь, удовлетворенность, которую он получает от неё:		
1. Чувствуете ли вы, что у вас есть будущее?		
2. Бывает ли у вас такое чувство, будто жизнь не стоит того, чтобы за нее держаться?		
3. Случалось ли вам когда-нибудь переживать совершенно беспросветное отчаяние и безнадежность?		
4. Не бывает ли у вас ощущения, что лучше бы умереть и оставить все это?		
Если ответ «жизнь не стоит того, чтобы ее продолжать», следует спросить:		
5. У вас когда-нибудь возникали мысли покончить с жизнью?		
6. Имели ли вы в прошлом мысли о совершении суицида?		
7. Совершали ли вы в прошлом суицидальную попытку?		

При положительных ответах следует продолжить вопросы для оценки суицидального риска:

- Текущие мысли о суициде.
- Планы или отношения пациента к суициду.
- Предыдущие эпизоды суицидальных мыслей.
- Альтернативы суициду, или какими путями пациент избегал суицида (уход от опасной ситуации, призыв другого на помощь и пр.).

Большинство больных отвечает на такие вопросы честно, но особенно надо быть осторожными с теми, кто уклоняется от ответа.

Если не выявляем конкретно ничего в суицидальном плане, можно спросить:

- «Многие люди имеют суицидальные мысли.
- Как Вы решили, что не смогли бы совершить самоубийство?
- «Вы планировали, что именно должны Вы сделать?»
- Если речь идет о передозировке лекарственных препаратов, вопрос целесообразно сформулировать конкретнее, например:
 - «Не пытались ли вы накапливать таблетки?»
 - Что вас удержало?
 - Сделаны ли вами какие-либо распоряжения на случай смерти?
 - Вы намеревались довести это до конца?

3.5.2. Прогностическая таблица риска среди детей и подростков (А.Н. Волкова).

Прогностическая таблица риска среди детей и подростков (А.Н. Волкова).

№	Проблема	балл
1	Утрата обоих родителей	5
2	Утрата одного из родителей или развод в семье	4
3	Тяжелая психологическая атмосфера в семье	4
4	Изоляция в детском коллективе	4
5	Несправедливые методы воспитания, подавление	4
6	Тяжелые соматические болезни, инвалидность	3
7	Отсутствие опоры на любящего взрослого	3
8	Неудачи в учебе, низкие школьные успехи	3
9	Акцентуации личности	3
10	Употребление алкоголя и наркотиков	2
11	Нарушение контроля, импульсивность	2
12	Низкая самооценка	1
13	Тяжело протекающий пубертат	1
14	Пассивность, робость, несамостоятельность	1

Дети, набравшие более 25 баллов, могут быть отнесены в группу риска суицида.

3.5.3. Примерные вопросы к беседе для оценки риска суицида.

Примерные вопросы к беседе для оценки риска суицида.

1. Было ли у тебя чувство подавленности в последнее время?
2. Бывали ли у тебя мысли о том, что жизнь безнадежна? Возникало ли желание умереть?
3. Сколько раз? Как часто посещали тебя эти мысли? Как долго они длились, когда последний раз?
4. Пытался ли ты убить себя? Как ты это делал?
5. Почему попытка не удалась? Тебе оказали помощь? Кто?

В чем именно она заключалась?

6. Что произошло с тобой после этого?
7. Как ты собираешься совершить следующую попытку самоубийства?
8. Ты намерен сделать это прямо сейчас? Мог бы ты сказать мне об этом? Как часто возникают эти мысли? Как долго они длятся?
9. Происходило ли и нашей жизни что-то такое, что подталкивало тебя к решительным действиям?

10. Есть ли у тебя план? Какой?

11. Как бы ты сделал это? Каковы твои намерения? Вопросы на определение эмоционального состояния. Чем сильнее ощущение безнадежности, тем выше риск.

12. Есть ли у тебя какие-нибудь надежды на будущее? На следующую неделю? Следующий год?

13. Что ты думаешь о будущем? Есть ли какой-то выход из этого положения?

14. Кто мог бы оказать тебе поддержку? Обращался ли ты к психологу? Это помогло?

Вопросы на определение модели суицидального поведения

15. Кто-либо в вашей семье говорил о самоубийстве? Делал попытки? Совершал самоубийство?

16. Кто-нибудь из твоих друзей говорил когда-либо о суициде? Пытался это сделать? Совершал самоубийство?

Беседа с обследуемым (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич).

№ п.п.	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию	«+» или «-»
1	Воспитывался без родителей	
2	Умер один из родителей	
3	Родители в разводе	
4	Близкие родственники или родители страдают (страдали) психическими заболеваниями	
5	Родители или близкие родственники имели судимость	
6	Неприязненное отношение к родителям	
7	Чрезмерно строгое воспитание	
8	Чересчур мягкое («тепличное») воспитание	
9	Безнадзорность	
10	Побеги из дома	
11	Отец (мать) злоупотреблял(а) спиртными напитками	
12	Отец (мать) лечился(ась) от алкоголизма	
13	Тяжелые жилищно-бытовые условия	
14	Очень низкая успеваемость в школе	
15	Значительные нарушения дисциплины в школе	
16	Замкнутость, боязнь выступлений перед аудиторией	
17	Значительные и частые конфликты с товарищами	
18	Нарушения производственной дисциплины (опоздания, прогулы ...)	

19	Значительные и частые конфликты с товарищами по работе	
20	Низкая работоспособность, быстрое наступление усталости	
21	Систематическое употребление алкоголя	
22	Признаки алкоголизма	
23	Раннее начало употребления алкоголя (в 13 - 15 лет)	
24	Раннее начало курения (в 13 - 15 лет)	
25	Употребление наркотиков	
26	Многочисленные конфликты в семье, школе, на производстве и т.п.	
27	Повышенная раздражительность, вспыльчивость	
28	Агрессивность	
29	Чрезмерные депрессивные реакции	
3	Эгоистическая направленность интересов	
3	Концентрация интересов на сфере отдыха и развлечений	
30	Асоциальная направленность личности	
	Сверхценные идеи	
31	Отсутствие определенных целей в жизни, определяемое низким общим развитием	
32	Отрицательное отношение к военной службе и требованиям воинской дисциплины	
33	Необщительность, замкнутость	
34	Стеснительность, робость, застенчивость	
35	Чрезмерная общительность, депрессивные реакции в одиночестве	
36	Отчуждение от коллектива по причине общего развития	
37	Постоянное желание быть в центре внимания окружающих	
38	Подозрительность, злобность, мнительность по отношению к товарищам	
39	Ощущение несправедливого отношения со стороны окружающих, обидчивость мстительность	
40	Чрезмерно выраженные явления адаптационного периода	
41	Многочисленные жалобы на состояние здоровья	
42	Имелись тяжелые травмы головы с потерей сознания	
43	Повышенная утомляемость	
44	Расстройства сна (длительное засыпание, поверхностный сон, частые пробуждения ночью, устрашающие сновидения)	
45	Ощущение усталости и вялости по утрам	
46	Сонливость днем	

47	Нетерпеливость, непоседливость, суетливость	
48	Раздражительность, вспыльчивость	
49	Головные боли	
50	Головокружения	
51	Обмороки, потеря сознания	
52	Судорожные припадки	
53	Перенесенные инфекции нервной системы	
54	Преобладание беспричинно плохого настроения	
55	Преобладание беспричинно приподнятого настроения	
56	Беспричинные периодические перемены настроения	
57	Плаксивость	
58	Частые ощущения «комка» в горле	
59	Трудности сосредоточения внимания	
60	Плохая память	
61	Навязчивости	
62	Страхи	
63	Частые сомнения в правильности выполненных действий (закрыл ли дверь, выключил ли свет ...)	
64	Снохождение	
65	Энурез (ночное недержание мочи)	
66	Раннее начало половой жизни	
67	Беспорядочные и многочисленные половые связи	
68	Повышенный интерес к сексуальным вопросам	
69	Чрезмерная фиксация внимания на вопросе о верности подруги	
70	Сведения о половых извращениях	
71	Отсутствие элементарных знаний	
72	Непонимание сущности явлений	
73	Малый запас слов	
74	Примитивность суждений	
75	Очень низкая успеваемость в школе	
76	Развязанное поведение	
77	Враждебное отношение к проводящему беседу	
78	Замкнутость	
79	Нерешительность, робость	
80	Усталый, угнетенный вид у испытуемого	
81	Нетерпеливость, суетливость	
82	Заикание	
83	Тик, дрожание, судорожное подергивание мышц	
84	Недостатки артикуляции (косноязычие, шепелявость)	
85	Неловкость, угловатость движений	

Общее количество фактов фиксации («+»)	

В ходе анализа собираются сведения по результатам беседы с обследуемым, при этом наличие признака отмечается в соответствующей графе знаком «+».

При обработке результатов подсчитывается общее количество «+» в графе номера соответствующего конкретному человеку.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 45 ед. - данный человек требует особого контроля и внимания в ходе последующего наблюдения и изучения документов с целью выявления у него признаков нервно-психической неустойчивости.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») более 60 ед., данный человек явно имеет признаки нервно-психической неустойчивости и заносится в списки для последующего углубленного обследования психологом.

Если общая сумма фактов фиксации признаков нервно-психической неустойчивости (знаков «+») превышает 75 ед., данного человека требуется немедленно представить на обследование к невропатологу (психиатру).

Примечание: Если у собеседника в последние 2-3 года были черепно-мозговые травмы с потерей сознания, то он сразу относится к категории лиц с признаками нервно-психической неустойчивости, при этом беседа продолжается для выявления дополнительных признаков, влияющих на особенности проявления НПН у данного человека.

3.5.4. Схема распознавания в процессе диагностической беседы личностного стиля суицидента

Схема распознавания в процессе диагностической беседы личностного стиля суицидента

Стиль	Признаки проявления
Импульсивный	Внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний
Кэмпульсивный	Установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду
Рискующий	Балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение
Регрессивный	Снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или примитивностью
Зависимый	Беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и

	постоянный поиск посторонней поддержки
Амбивалентный	Наличие одновременного влияния двух побуждений – к жизни и смерти.
Отрицающий	Преобладание магического мышления, в силу чего отрицается конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск
Гневный	Затрудняется выразить гнев в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой
Обвиняющий	Убежден в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина
Убегающий	Бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать психотравмирующей ситуации
Бесчувственный	Притупление эмоциональных переживаний
Заброшенный	Переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби
Творческий	Восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации

3.5.5. Общая схема получения информации в индивидуальной беседе (С.А. Пакулина)

Общая схема получения информации в индивидуальной беседе (С.А. Пакулина)

1. Паспортные данные: ФИО, пол, год рождения, возраст.....
2. С кем проживает.....
3. Адрес.....
4. Место учебы.....
5. Наличие психических заболеваний у родственников.....
6. Наличие алкоголизма у родственников.....
7. Суициды и суицидальные попытки у родственников.....
8. Наследственная отягощенность.....
9. Состав семьи.....
10. Социальное положение родителей.....
 Личностные качества родителей:
 Мать. Отец. Любящая (ий) отвергающая (ий), доминирующая (ий), стеничная (ый), агрессивная (ый), подчиняющаяся (ися), пассивная (ый)
11. Анамнестические данные.....
12. Лидерство в семье.....
13. Тип семейного воспитания (Потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания).
14. Виды наказаний в семье.....
15. Мотивация при обучении в школе.....
16. Успеваемость.....
17. Положение в классе.....
18. Участие в неформальных группировках.....

19. Правонарушения.....
20. Привычные интоксикации, мотив употребления.....
21. Сексуальная жизнь.....
22. Характерологические особенности личности.....
23. Характеристики суицидального поведения.....
24. Травмы, несчастные случаи в прошлом.....
25. Сновидения. С символикой смерти, с элементами аутоагрессии, со сценами нападения, убийства, повторяющееся сновидение (да, нет, возраст, какие).....
26. Страхи (страх смерти).....
27. Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам.....
28. Фантазирование на тему собственной смерти, отсутствие интереса к жизни, планирование последствий суицида, борьба мотивов, моральные рассуждения.....
29. Непосредственный повод, записка.....

3.5.6. Медицинская схема обследования суицидента (Д.С. Исаев)

Медицинская схема обследования суицидента (Д.С. Исаев)

1. Общие данные

Паспортные данные

Ф.И.О

Пол

Год рождения, возраст

№ истории болезни

Семейное положение

С кем проживает

Адрес с указанием района

Профессия, квалификация, место работы (учебы), занимаемая должность

Дата совершения суицидальной попытки

Дата начала реабилитационной программы

Дата завершения реадaptационной программы

2. Анамнестические данные

Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого)

Наличие алкоголизма у родственников

Суициды и суицидальные попытки у родственников (у кого, возраст)

Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии)

Состав семьи - полная, неполная, другие варианты

Социальное положение родителей

мать - , отец -

Личностные качества родителей. Мать - любящая, отвергающая, доминирующая, стеничная, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная; Отец - любящий, отвергающий, доминирующий, стеничный, агрессивный, подчиняющийся, пассивны

Лидерство в семье

Конфликт в семье - есть, нет - характер конфликта

Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними)

Неправильные формы семейного воспитания: потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение, гипропротекция, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм)

Виды наказаний в семье

Мотивация при обучении в школе

Успеваемость

Положение в классе

Участие в неформальных группировках(конкретно в каких)

Правонарушения - были или нет, какие конкретно

С какого возраста начал трудиться ,где и кем работал, характер адаптации, конфликты по месту работы (учебы)

Привычные интоксикации - курение, алкоголь, наркотики - частота употребления, мотив употребления, сексуальная жизнь:

Начало менструаций, поллюций, формы самоудовлетворения

Возраст первого сексуального контакта

Возраст вступления в брак

Мотивы вступления в брак

Половая жизнь вне брака - есть нет, мотивы

Социально-бытовые условия

Перенесенные заболевания и др.

Вредности, какие конкретно, возраст

Беременности - было - не было, возраст, особенности протекания - роды, аборт осложнение

Выраженность характерологических особенностей личности - в пределах нормы, акцентуированные, психопатические, конформные, астенические, психоастенические, шизоидные, возбудимые или эпилептоидные, истерические, неустойчивые, типа эмоционально тупых, мозаичные, иные гипертимные, дистимные, циклоидные, возбудимые, эмотивные, демонстративные, тревожные, застревающие, педантичные, экзальтированные

3.Характеристики суицидного поведения

Травмы, несчастные случаи в прошлом - были - не было, когда, какие

Непроизвольные самоповреждения.

Сновидения с символикой смерти - да \нет, возраст; с элементами аутоагрессии - да \нет, возраст; какие со сценами нападения, убийства - да \нет, возраст; повторяющиеся сновидения - да \нет, содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.

Страх смерти да \нет, обоснованный или нет, возраст.

Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.

Фантазирование на тему собственной смерти - возраст, содержание.

Отсутствие интереса к жизни – возраст.

Желание собственной смерти, возраст.

Планирование последствий суицида - да \нет, конкретно, когда, содержание.

Борьба мотивов

Моральные рассуждения - самоосуждение, самооправдание.

Формулировка цели суицида.

Характеристика личностного смысла суицида - протест, месть, призыв, избежание наказания, страдания, самонаказание, отказ.

Выбор способа суицида - сведения от родственников, знакомых, из книг, др. варианты

Непосредственный повод (провоцирующий фактор)

Записки да \нет, содержание

Характеристики постсуицидального периода

Актуальность конфликта

Суицидальные тенденции

Отношение к суицидальной попытке

4. Исследование психологического состояния суицидента

Внешний вид и поведение

Тоскливое выражение лица (скорбная мимика)

Гипомимия

Амимия

Тихий монотонный голос

Замедленная речь

Краткость ответов

Отсутствие ответов

Ускоренная экспрессивная речь

Патетические интонации

Причитания

Склонность к нытью

Общая двигательная заторможенность

Бездеятельность, адинамия

Двигательное возбуждение

Экспрессивно-патетические формы поведения (заламывания рук, стоны, стенания, громкие вздохи, рыдания)

Стремление к самоповреждению

Неряшливость в одежде

Запущенный вид

Нарушения познавательных процессов

Ощущения, восприятия и представления

Гиперстезия

Гипостезия (снижение болевой и температурной чувствительности)

Яркость восприятия

Потеря яркости восприятия

Чувство нереальности восприятия

Яркость зрительных представлений

Ускоренное течение времени

Замедленное представление о времени

Потеря представлений о времени

Отсутствие зрительных представлений

Память

Трудность запоминания текущих событий

Преобладания воспоминаний прошлого

Затруднение в воспроизведении прошлых событий

Избирательная направленность неприятных событий прошлого

Навязчивые воспоминания

Мышление

Заторможенность мышления

Ускорение мышления

Преобладание мрачного содержания мыслей

Навязчивые мысли о смерти

Навязчивые мысли ипохондрического содержания. Дистимии типа навязчивостей. Другие навязчивости в области мышления, эмоционально значимые, тоже эмоционально нейтральные. Сверхценные идеи ипохондрического содержания. Дистимии типа сверхценных идей.

Внимание

Неспособность сосредоточить внимание на чем либо

Истощаемость внимания

Отвлекаемость

Прикованность внимания к чему либо

Нарушения деятельности

Снижение активности

Снижение интересов, желаний

Потеря инициативы

Трудности в выборе решений

Чувство неуверенности в правильности своих действий

Трудности выполнения обыденных дел

Ощущение навыков в обыденной жизни

Ощущение утраты профессиональных навыков

Чувство беспомощности

Снижение работоспособности

Эмоциональные нарушения

Скука

Грусть
Уныние
Угнетенность
Мрачная угрюмость
Злобность
Раздражительность
Ворчливость
Брюзжание
Неприятное, враждебное отношение к окружающим
Чувство ненависти к благополучию окружающих
Чувство физического недовольства
Безразличное отношение к себе, окружающим
Чувство бесчувствия
Тревога беспредметная (немотивированная)
Тревога предметная (мотивированная)
Ожидание непоправимой беды
Страх немотивированный
Страх мотивированный
Тоска как постоянный фон настроения
Взрывы тоски с чувством отчаяния, безысходности
Углубление мрачного настроения при радостных событиях вокруг

Оценка собственной жизни

Пессимистическая оценка своего прошлого
Избирательное воспоминание неприятных событий прошлого
Пессимистическая оценка своего нынешнего состояния
Отсутствие перспектив в будущем

Взаимодействие с окружающим

Нелюдимость, избегание контактов с окружающими
Стремление к контакту с окружающими, поиски сочувствия, апелляция к врачу за помощью
Склонность к нытью
Капризность
Эгоцентрическая направленность на свои страдания

Вегетативные нарушения

Слезливость
Расширение зрачков
Сухость во рту (“симптомы сухого языка”)
Тахикардия
Повышенное АД
Ощущение стесненного дыхания, нехватки воздуха
Ощущение комка в горле
Головные боли
Бессонница

Повышенная сонливость
Нарушение ритма сна
Отсутствие чувства сна
Чувство физической тяжести, душевной боли в груди
То же в других частях тела (голове, эпигастрии, животе)
Запоры
Снижение веса тела
Повышение веса тела
Снижение аппетита
Пища принимается безвкусной
Снижение либидо
Нарушение менструального цикла (задержка)
Динамика состояния в течении суток
Улучшения состояния к вечеру
Ухудшение состояния к вечеру
Стойкое состояние (отсутствие суточных колебаний)

3.5.7. Примерная схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида (М.А. Алимова)

Если ребенок поступает в реабилитационное отделение ЧОЦСЗ «Семья», специалисты запрашивают с территории, откуда прибывает ребенок форму психолого-педагогического заключения, что значительно ускоряет реабилитационный процесс.

Примерная схема социально-психолого-педагогического обследования несовершеннолетних, совершивших попытку суицида (М.А. Алимова)

1. Ф.И.О., пол, год рождения, возраст
2. Адрес
3. С кем проживает
4. Место учебы
5. Анамнестические данные
6. Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого)
7. Наличие алкоголизма у родственников
8. Наличие суицидов и суицидальных попыток у родственников (у кого, возраст)
9. Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии)
10. Состав семьи (полная, неполная, другие варианты)
11. Социальное положение родителей
12. Личностные качества родителей:
13. Мать: любящая, отвергающая, доминирующая, стенничная, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная и др.

14. Отец: любящий, отвергающий, доминирующий, стеничный, агрессивный, подчиняющийся, пассивный, иное
15. Лидерство в семье
16. Конфликт в семье: есть, нет
Характер конфликта.
17. Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними)
18. Неправильные формы семейного воспитания: отсутствовали, потворствующая гиперпротекция, доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение, гиперпротекция, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм)
19. Виды наказаний в семье
20. Мотивация при обучении в школе
21. Успеваемость
22. Положение в классе
23. Участие в неформальных группировках (конкретно в каких)
24. Правонарушения: были или нет, какие конкретно
25. Привычные интоксикации: курение, алкоголь, наркотики - частота употребления, мотив употребления.
26. Сексуальная жизнь.
27. Характерологические особенности личности:
28. Выраженность характерологических особенностей личности: в пределах нормы, акцентуированные, психопатические
29. Характеристики суицидного поведения.
30. Травмы, несчастные случаи в прошлом: были, не было, когда, какие.
31. Непроизвольные самоповреждения.
32. Сновидения с символикой смерти: да нет, возраст, с элементами аутоагрессии: да нет, возраст, какие, со сценами нападения, убийства: да нет, возраст, повторяющиеся сновидения: да нет, содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.
33. Страх смерти: да нет, обоснованный или нет, возраст.
34. Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.
35. Фантазирование на тему собственной смерти: возраст, содержание.
36. Отсутствие интереса к жизни: возраст.
37. Желание собственной смерти: возраст.
38. Планирование последствий суицида: да, нет, содержание.
39. Борьба мотивов.
40. Моральные рассуждения: самоосуждение, самооправдание.
41. Непосредственный повод (провоцирующий фактор).
42. Записки: да, нет, содержание.
43. Характеристики постсуицидального периода.
44. Отношение к суицидальной попытке.

3.5.8. Психолого-педагогическое заключение по факту завершения суицида несовершеннолетнего (примерная схема) М.А. Алимова

Для специалистов, работающих с суицидальным поведением детей и подростков необходимо знать, как составляется заключение, если суицид завершённый. Психологическая информация в заключении дается специалистом, который проводил какие-либо формы работы с ребенком.

Психолого-педагогическое заключение по факту завершения суицида несовершеннолетнего (примерная схема) М.А. Алимова

1. Ф.И.О. суицидента.....
2. Пол.....
3. Дата рождения.....
4. Домашний адрес.....
5. Состав семьи (мать, отец, братья, сестры, все, кто проживал в доме), их место работы или учебы, должность, год рождения
6. Место учебы суицидента.....
7. Перенесенные заболевания. Вредные привычки.....
8. Обстоятельства суицида.....
9. Дата совершения суицида
10. Место совершения суицида
11. Способ совершения суицида
12. Кто присутствовал при совершении суицида
13. Время обнаружения тела
14. Кто обнаружил тело
15. Непосредственный повод (описание ситуации)
16. Наличие предсмертной записки и ее содержание
17. Высказывал ли ранее суицидальные намерения (когда, кому, в какой форме, при каких обстоятельствах)
18. Содержание акта судебно-медицинской экспертизы
19. Отмечалось ли состояние алкогольного (наркотической) опьянения во время совершения суицида
- Характеристика семейного окружения***
20. Наследственная отягощенность:
наличие соматических заболеваний со стороны родителей наличие психических заболеваний со стороны родителей наличие алкоголизма (наркомании, токсикомании) у родственников
21. Семейная история суицида: случаи скоропостижной смерти близких родственников в результате несчастных случаев
22. Формы отклоняющегося поведения у близких родственников (склонность к правонарушениям, повышенная агрессивность, слабая степень социальных контактов и др.)
23. Характеристика семейно-бытовых условий
24. Лидерство в семье

25. Отношения с родными братьями и сестрами
26. Особенности семейного воспитания
27. Характеристика школьного окружения
28. Психофизическое развитие
29. Учебная мотивация
30. Классные обязанности
31. Участие в классных и школьных мероприятиях
32. Внеучебная деятельность
33. Взаимоотношения с одноклассниками
34. Взаимоотношения с учителями
35. Участие в неформальных группах
36. Правонарушения
37. Привычные формы проведения досуга
38. Взаимоотношения со сверстниками
39. Друзья. Есть ли близкий друг
40. Взаимоотношения с противоположным полом
41. Наличие сексуальных контактов

3.6. Метод тестирования. Оценка внутренних факторов суицидального риска и намерений с помощью личностных опросников

Определение и оценка внутриличностных факторов суицидального поведения по данным психодиагностического обследования важно для уточнения коррекционной работы с детьми и подростками одновременно повышая прогностическое значение результатов диагностического этапа. Тот комплекс, который мы предлагаем для включения в психологическое обследование, составлен исходя из выделяемых в суицидологии ведущих факторов, относящихся к повышенному суицидальному риску детей и подростков (Табл. 16).

Таблица 16.

Характеристики психодиагностического комплекса методов и методик в исследовании предрасположенности к суициду в поведении детей и подростков (личностный компонент)

Показатели диагностики	Источник	История создания
Р. Лазарус Копинг-тест		
Цель: Определение копинг-механизмов преодоления трудностей, совладания с негативными жизненными обстоятельствами в различных сферах деятельности		
- конфронтация, - дистанцирование, - самоконтроль - поиск социальной поддержки	Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. - С. 236.	Данный опросник считается первой стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р.

<ul style="list-style-type: none"> - принятие ответственности - бегство-избегание, - планирование решение проблемы - положительная переоценка 		<p>Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой в 2004 году. В 2004 году методика была несколько сокращена до 50 пунктов и валидизирована на российской популяции.</p>
<p>Басса - Дарки Опросник агрессивности Цель: выявление уровня агрессивности</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - физическая агрессия - косвенная агрессия - раздражение - негативизм - обида - подозрительность - вербальная агрессия - чувство вины. 	<p>Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – С. 273. http://psylab.info/Опросник уровня агрессивности Басса - Дарки</p>	<p>Опросник разработан А. Басс и А. Дарки в 1957 г. А. Басс, разделил понятия агрессия и враждебность и определил последнюю как: «...реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий».</p>
<p>Г. Шмишек Дичностный опросник Цель: диагностика типа акцентуации личности</p>		
<p>Акцентуации характера:</p> <ul style="list-style-type: none"> - демонстративный - педантичный - застревающий - возбудимый <p>Акцентуации темперамента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - гипертимический - дистимический - тревожно-боязливый - циклотимический, - экзальтированный - эмотивный. 	<p>Энциклопедия психологических тестов – 3. – М.: ТЕРРА – Книжный клуб, 2000. – С. 350. http://psylab.info/Опросник Шмишека (акцентуации характера</p>	<p>Опубликован Г. Шмишеком в 1970 г. Оригинальный вариант опросника был разработан Шмишеком на основе классификации акцентуированных личностей Основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» К. Леонгарда.</p>
<p>Р. Плутчик и соавторы Г. Келлерман и Х. Р. Конте Методика «Индекс жизненного стиля» Цель - диагностика механизмов психологической защиты «Я».</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - вытеснение - регрессия - замещение - отрицание - проекция - компенсация - гиперкомпенсация - рационализация 	<p>Каменская, В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта: Учебное пособие/В.Г.Каменская.- СПб.:Детство-пресс,1999. – С. 106. http://psylab.info/Методика «Индекс жизненного с тилия»</p>	<p>Методика Life Style Index (LSI), описана в 1979 г. на основе психоэволюционной теории Р. Плутчик и структурной теории личности Х. Келлермана. Теория эмоций, на которой построена данная методика, опубликована как монография в 1962 году.</p>
<p>А. Бек Шкала безнадёжности Цель: измерение выраженности негативного отношения по отношению к субъективному будущему у взрослых и подростков.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - легкий уровень - тяжелый уровень 	<p>Корнетов А.Н., Шелехов И.Л., Силаева А.В., Толстолес Е.С., Морева С.А., Линок Е.А. Профилактика</p>	<p>Шкала была разработана А. Бекком и группой его сотрудников Вейсманом, Лестером и Трекслером в 1974 г. в Центре Когнитивной</p>

	суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации. – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – С. 43.	Терапии Медицинской Школы Университета Пенсильвании (США) При разработке шкалы авторы следовали концепции Stotland, в рамках которой безнадежность рассматривается как система когнитивных схем, общим признаком для которых является негативная окраска ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего.
<p>К. Роджерс, Р. Даймонд Методика диагностики социально-психологической адаптации Цель: Изучение уровня сформированности социально-психологической адаптации личности</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - адаптивность, - дезадаптивность - принятие-непринятие себя - принятие-непринятие других - эмоциональный комфорт-дискомфорт - внутренний-внешний контроль - доминирование-ведомость - эскапизм (уход от проблем) 	<p>Никишина В.Б. Василенко Т.Д. Психодиагностика в системе социальной работы: Учеб. пособие для студ. выс. учеб. заведений. – М.: Из-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – С. 128.</p>	<p>Опросник социально-психологической адаптации был разработан Карлом Роджерсом и Розалинд Даймонд в США в 1954 году. На русском языке адаптация опросника была опубликована в 1987 году канд. психол. наук Т. В. Снегирёвой. В 2004 году в журнале «Психология и школа» канд. психол. наук А. К. Осницким была опубликована модифицированная версия опросника, получившая с тех пор заметное распространение.</p>
<p>К. Изард Шкала дифференциальных эмоций (ШДЭ) Адаптация А. Б. Леоновой. Цель: диагностика доминирующего положительного или отрицательного эмоционального самочувствия</p>		
<p>Самооценка интенсивности и частоты возникновения 10 основных эмоций</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерес, - радость - удивление - горе - гнев - отвращение - презрение - страх - стыд - вина 	<p>Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. - СПб.: Питер, 2001. - С. 226</p>	<p>К. Изард в 1972 г. опубликовал данные экспериментов, в которых использовал первые варианты шкал дифференциальных эмоций (ШДЭ). В 1974 г. в «Руководстве к использованию ШДЭ» приводились данные исследований, подтвердивших надежность, валидность и стандартизованность шкалы.</p>
<p>Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), Е.Е. Малковой, Л.И. Вассермана</p>		

Цель: уровневая структурная диагностика тревожного спектра у детей и подростков		
<ul style="list-style-type: none"> -общая тревожность -в отношениях со сверстниками -с оценкой окружающих -в отношениях с учителями -в отношениях с родителями -связана с успешностью обучения -возникающая в ситуациях самовыражения -возникающая в ситуации проверки знаний -снижение психической активности -повышение вегетативной реактивности 	<p>Психодиагностическая методика для многомерной оценки детской тревожности: Пособие для врачей и психологов /Автор-составитель, Малкова Е.Е., Вассерман Л.И.. – СПб,:НИПНИ им. Бехтерева, 2007. - С. 25</p>	<p>Разработан в 2007 году в НИПНИ им. Бехтерева Методика отвечает современным психометрическим критериям, отражает не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (8-18 лет), но и максимально возможный спектр ситуаций, в которых она может быть.</p>
М. Ковач Опросник на выявление депрессии у детей и подростков (CDL)		
Цель: определение количественных и качественных показателей спектра депрессивных симптомов		
<ul style="list-style-type: none"> -негативное настроение -неэффективность в школе - ангедония (истощаемость) - межличностные проблемы -негативная самооценка 	<p>Банников Г. С, Вихрнстюк О. В., Миллер Л. В., Синицына Т. Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. - М.: ГБОУ ВПО МГППУ 2013. – С. 24</p>	<p>Разработанный Maria Kovacs в 1992 г. и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии А. Подольским, П. Хейманс. Метод сегодня наиболее широко применяется на Западе в практических (прежде всего скрининговых) целях.</p>
Э.Г. Эйдемиллер «РОД» (Родителей оцениваю дети)		
Цель: определить, каким образом родители воспитывают ребенка в семье		

<ul style="list-style-type: none"> - уровень протекции в процессе воспитания - степень удовлетворения потребностей ребенка - количество и качество требований к ребенку в семье - строгость санкций (наказание) за нарушение требований ребенком - неустойчивость стиля воспитания - расширение сферы родительских чувств - предпочтение в подростке детских качеств - воспитательная неуверенность родителя - фобия утраты ребенка - неразвитость родительских чувств - проекция на ребенка собственных нежелательных качеств - внесение конфликта между супругами в сферу воспитания - сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от пола ребенка 	<p>Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006, - С. 238</p> <p>http://psylab.info/Опросник «Анализ_семейных_взаим_отношений»</p>	<p>Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) – в двух вариантах (детском и подростковом) создан Эйдемиллером Э.Г. и Юстицкисом В.В в 1987 г., 1990 г. Модификация опросника АСВ под названием РОД («Родителей оценивают дети») И.А. Фурманова и А.А. Аладьина. Обработка и интерпретация производится аналогично методике АСВ. В работе удобно и информативно использование обеих методик (АСВ - для родителей, РОД - для подростков), сравнительный анализ их результатов может стать отправной точкой для работы по коррекции семейного воспитания.</p>
<p>Эйдемиллер Э. Г., И.М. Никольская «Семейная социограмма» Цель: выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье (прямой или опосредованный)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - число членов семьи, попавших в площадь круга - величина кружков; - расположение кружков относительно друг друга; - дистанция между ними. 	<p>Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. - СПб.: Речь, 2006.- С. 49</p>	<p>Рисуночная проективная методика. Впервые была опубликована Э.Г. Эйдемиллером в 1994 г.</p>
<p>Копперсмит Структурная техника «Семейное пространство» Цель: Изучение внутрисемейной динамики семейного пространства</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - эмоциональные и операциональные ассоциации принадлежностью к семье и с исключением из нее, с комфортом и напряженностью, удовольствием и болью, закрытостью и дистанцией, 	<p>Ш. Роберт, Ф. Норман Структурированные техники семейной супружеской терапии: Руководство.-М.:Изд. Независимая фирма «Класс», 2001.- С. 124.</p>	<p>Социометрическая техника. Территориальность является важной частью личностной и семейной идентичности Первоначально техника «Семейное пространство», разработанная Копперсмитом в 1980 году (Шерман Р., Фредман Н., 1997), ис-</p>

<p>границами и их запутанностью, силой и слабостью.</p>		<p>пользовалась в рамках обучающих терапевтических программ. В дальнейшем техника стала использоваться семейными терапевтами в работе с реальными семьями.</p>
<p>Р. Сильвер Рисуночный тест Цель: оценка эмоциональных расстройств (депрессии, агрессии, суицида).</p>		
<p>- пространственное мышление - творческие способности, - эмоциональное состояние - отношение к себе и другим</p>	<p>Р. Сильвер "Рисуночные тесты. Как узнать самое важное о вашем ребенке" пер. с англ. А. Копытина Изд-во: Прайм-Еврознак, СПб 2009. -. 384 с. Копытин, А.И. Рисуночный тест Р. Сильвер для оценки когнитивной и эмоциональной сфер личности / А.И. Копытин // Психологический журнал / Ред. А.Л. Журавлев. – 2004. – Том 25 №5 сентябрь-октябрь 2004. – с. 90-98.</p>	<p>Рисуночный тест, создан американским арт-терапевтом Р. Сильвер. Имеет два компонента: эмоциональный и когнитивный. Адаптация теста для России произведена под руководством председателя Арт-терапевтической ассоциации, кандидата медицинских наук А.И. Копытина. «Рисуночный тест Р. Сильвер для оценки когнитивной и эмоциональной сфер личности» Комплект. Имамтон</p>

Глава 4. Информационно-методические материалы для организации психологической диагностики по профилактике и коррекции суицидального поведения детей и подростков.

4.1. Рекомендательный список литературы, имеющийся в интернет ресурсах.

1. Аванесов С.С. Введение в философскую суицидологию. Томск: Изд-во Томского университета, 2000. 122 с.
2. Алимova М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул, 2014 – 100 с.
3. Амбрумова Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации, М.: Изд-во ХОЗУ Миннефтепром, Московский НИИ психиатрии 1980. – 127 с.
4. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Миллер Л.В., Сеницына Т.Ю. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2013. – 40 с.
5. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом// Журнал практической психологии и психоанализа, 2001.- № 1-2.- С. 32-44.
6. Берман Алан Л. Суицид – общие теории и предотвращение. М.: Энциклопедия, 1998. – 292 с.

7. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я, Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов: методическое пособие для врачей-психиатров, психологов. – Киев, 1998. – 124 с.
8. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде): Методические рекомендации для специалистов системы образования. М: МГППУ, 2006. – 96 с.
9. Валлон А. От действия к мысли. – М: Издательство «Иностранная литература», 1956. – 416 с.
10. Василец О.В., Обухов Я.Л.: Если ребенок не хочет жить...// Народное образование, 1998. № 9-10, С. 15-18.
11. Веллер М. Суицид. – М, АСТ, 2006. – 384 с.
12. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2001.- № 3. – с. 32-39.
13. Волкова А.Н. Психолого-педагогическая поддержка детей-суицидентов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 1998. - № 2. - С. 36-43.
14. Вроно Е.М. Суицидология в России - немного истории // Журнал практической психологии и психоанализа, 2001.- № 1-2. – С. 27-31.
15. Выявление суицидального риска у детей. Кучер А.А, Костюкевич // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2001. - № 3 - С.32-39
16. Всемирная организация здравоохранения. Департамент психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. Контроль психического здоровья и заболеваний мозга. М: WHO, 2006. – 30 с.
17. Гишинский Я. Девиантология. Социология преступности наркотизма, проституции, самоубийств и др. отклонений – СПб.: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2004. – 520 с.
18. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах.- М.,2001. – С. 305-306.
19. Губина С.Т., Югова Н.Л., Камалов Р.Р., Симакова Н.Б. Практическая психология в деятельности классного руководителя: профилактика суицидального поведения подростков в сети Интернет (монография) – Глазов, 2013. – 321 с.
20. Джармен Р Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны// Журнал практической психологии и психоанализа, 2001. - № 1-2. - С. 21-27.
21. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд/ Пер с фр. с сокр; Под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – 399 с.
22. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. — СПб.: Питер, 2001.- 560 с.
23. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект»», 2004. – 480 с.

24. Зиновьева М.В. Психолого-медико-социальное сопровождение эмоционального состояния детей и подростков в постэкстремальный период: Методические рекомендации. – М: МГППУ, 2006. – 208 с.

25. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М: Издат. центр «Академия», 2003. – 288 с.

26. Зотов М.В., Петрукович В.М., Сысоев. Сигнал. Методика экспресс-диагностики суицидального риска. Методическое руководство – СПб.; ГП «Иматон», 2003. – 18 с.

27. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. Методические рекомендации. — Самара: Самарский Государственный Университет Кафедра психологии Исаев Д.С. Шерстнёв К.В., 2000. - 72 с.

28. Корнетов А.Н., Шелехов И.Л., Силаева А.В., Толстолес Е.С., Морева С.А., Линок Е.А. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов методические рекомендации. – Томск: ООО «Рекламная группа Графика», 2013. – 56 с.

29. Королева Злата. Познай себя. 100 графических тестов. М., ЭКСМО-ПРЕСС, 2002.- 208 с.

30. Кристофер Лукас. Молчаливое горе: Жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2000. – 255 с.

31. Лопоян А.Ю. Методические основы прогноза исследования суицидального риска у подростков//Ананьевские чтения – 2008. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: Междисциплинарный подход// Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2008»/ Под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрустальной – СПб, Издательство С. – Петербургского университета, 2008. – 840 с. (541 с.)

32. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Издательство Эксмо, 2005. – 960 с.

33. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 480 с.

34. Методические рекомендации «Процедура выявления и психолого-педагогического сопровождения обучающихся группы риска развития кризисных состояний и группы суицидального риска в образовательных учреждениях города» разработаны Центром диагностики и консультирования (г. Ростов-на-Дону), утверждены приказом МУ «Управление образования города Ростова-на-Дону» от 18.09.2007г. № 654 «О мерах по профилактике кризисов и суицидов среди детей и подростков».

35. Моховиков А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: «Когито-Центр», 2013. – 569 с.

36. Моховиков А.Н. Введение к клинико-психологическому разделу. // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М., 2001. – С. 230-235.

37. Моховиков А.Н. Суицидальный клиент: Взгляд гештальт-терапевта // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах

философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. - М., 2001. – С. 457-458.

38. Напрасная смерть: Причины и профилактика самоубийств. Под ред. проф. Дануты Вассерман. – Москва, Смысл, 2005. – 310 с.

39. Обухов Я. Л. Суицид с позиции психоанализа.// Типология личности в символдраме и других методах психотерапии. Сборник научных работ. Ставрополь : Графа, 2009. С 192—196.

40. Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. — 360 с.

41. Осипова А.А.. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 315 с.

42. Письмо Минобразования России от 26.01.2000 №22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» <http://www.websib.ru/education/psycho/letter7.htm>

43. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие - 2-е изд. «Стереотип: Флинта»; Москва, 2011. – 189 с.

44. Практикум по психологии здоровья// доктор психологических наук Г.С. Никифоров «Питер», Москва, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Воронеж, Ростов-на-Дону, Екатеринбург, Самара, Новосибирск, Киев, Харьков, Минск, 2005. – 350 с.

45. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. Всемирная организация здравоохранения. М: Изд-во ВОИ, 2006. - 30 с.

46. Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: Методические рекомендации/ Бадьина Н.П., ГАОУДПО ИРОСТ. - Курган, 2011. – 107 с.

47. Распопова Н.И. Аффективные механизмы суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами// Научно-практический журнал. Вопросы ментальной медицины и экологии. Том XIV № 4, 2008. – Москва-Павлодар, с. 38-42.

48. Степанов И. А. Суицид. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков. <http://centercep.ru/content/view/149/>

49. Старшенбаум Геннадий. Суицидология и кризисная психотерапия. – М: Изд-во Когито-Центр, 2005. – 376 с.

50. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями. А.В. Куликов// Журнал неврологии и психиатрии, № 8, 2007. – с.15.

51. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации/Авторы-составители: Л.К. Стадукина, Н.В. Петрова, Е.Л. Норкина, О.А. Маркова, М.Ю. Бондаренко. – Йошкар-Ола: Министерство образования и науки Республики Марий Эл ГБОУ Республики Марий Эл «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, подготовки семей для принятия детей и их профессионального сопровождения «Детство», 2013. – 50 с.

52. Суицидальное поведение и его профилактика. www.lida.by/city/101/147/doc/4325.html

53. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебно-методический комплекс. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. - 249 с.

54. Фарберов Н., Шнейдман Э. Крик о помощи //Плюс-минус жизнь: социально-психологические аспекты суицида. / Под ред. А.Н. Моховикова. М., 1999.

55. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. М., 2001.

56. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. М: «Академический Проект», Трикста, 2005. – 336 с.

57. Чикер В.А. 18 программ тренингов: руководство для профессионалов - СПб.: Издательство «Речь», 2007. – 185 с.

58. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. - СПб.: Речь, 2006, 352 с

59. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.

4.2. Сайты и форумы интернет-ресурсов.

<http://medscape.ru/topic/4610->

Интернет-форумы по проблеме суицидального поведения:

<http://psyche.biznet.ru/topic27032.html>

<http://www.pobedish.ru/main/talks?id=37>

<http://www.dobroeslovo.ru/viewtopic.php?f=12&t=30503>

<http://100k.net.ua/life/111-dw/152-razyskivajte-sposob-pokonchit-s-soboj-bezboleznenno-vam-sjuda.html>

<http://facepsy.ru/ya-xochu-umeret-no-dazhe-pokonchit-s-soboj-nemogu.htm>

4.3. Словарь суицидологии

Индивидуально-психологические особенности, выявленные при психодиагностическом обследовании имеют свой понятийно-объяснительный аппарат. В процессе исследования каждого конкретного случая суицидальных намерений, мыслей, поведения, психодиагност оперирует основными понятиями суицидологии, без которых приступать к деятельности не экологично и не профессионально.

Автоцид - использование автотранспортных средств с целью осуществления самоубийства.

Адаптация – это состояние динамического соответствия, равновесия между человеком и внешней средой; способность приспосабливаться к

изменениям окружающей среды, внешних (внутренних) условий существования путем сохранения.

Адаптационный синдром - совокупность неспецифических изменений в деятельности организма (реакция защиты), вызванных воздействием внешних патогенных раздражителей (стрессоров) и направленных на поддержание состояния физического и психического гомеостаза

- стадия тревоги («аларм»-реакция): мобилизации компенсаторных возможностей организма с целью восстановления нарушенного гомеостаза;

- стадия сопротивления (стабилизации), резистентности: формирование определенного гомеостаза (иногда путем патологического функционирования) в условиях продолжающегося воздействия стрессоров;

- стадия истощения адаптационных возможностей (дистресса): преодоление воздействия стрессоров и сохранение гомеостаза путем использования всех адаптационных возможностей организма; при их истощении организм переходит к патологическому функционированию (в частности, это может привести к возникновению психотических расстройств); полное истощение адаптационных возможностей приводит к гибели организма.

Суицидальное поведение обусловлено нарушением адаптационных возможностей человека (переходом на более низкий уровень адаптации).

Аксиологическая коррекция и профилактика суицидального поведения - метод психотерапии, направленной на переориентацию личностных ценностей.

Амбивалентность суицидальных мотивов - психическое состояние, характеризующееся одновременным существованием аутоагрессивных и антисуицидальных мотивов. Практически всегда присутствует в пресуицидальном периоде. Может использоваться как основа для проведения коррекционных и профилактических мероприятий путем активизации антисуицидальных факторов личности.

Антивитальные переживания - размышления, фантазии о бессмысленности, «ненужности» жизни без четких представлений о собственной смерти (не обладают конкретной аутоагрессивной направленностью).

Антисуицидальный барьер - комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации (религиозные верования о греховности, социальной установкой уголовной наказуемости суицидальных действий; эстетическими представлениями о «некрасивости» самоубийства).

Антисуицидальные факторы личности - отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения: эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания и т. д.

Аподафический криз — вариант психологического кризиса, обусловленного разрушением привычной внутриличностной картины себя и мира, потерей смысла жизни.

Ассистированный суицид — самоубийство, осуществленное с чьей-либо помощью.

Аутоагрессивное поведение — действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Агрессия и аутоагрессия работают по типу «клапанного взаимодействия», когда сформировавшееся агрессивное поведение может направляться либо на окружающих, либо на себя.

1) Суицидальное поведение (осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни);

2) Суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение (неосознанные действия, иногда преднамеренные поступки, целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому или психическому саморазрушению или к самоуничтожению);

3) Несуицидальное аутоагрессивное поведение (различные формы умышленных самоповреждений, целью которых не является добровольная смерть).

Аутодеструктивное поведение - непреднамеренные действия или неосознаваемые возможности смертельного исхода как их результата, следствием которых является разрушение личности.

Аффект - кратковременная, бурно протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная психогенная реакция:

- патологический аффект: психотическое состояние с выраженными сужением сознания и идеаторно-моторным возбуждением, после разрешения которого наблюдается его амнезия. Обычно в состоянии патологического аффекта совершаются агрессивные действия, однако встречаются случаи аутоагрессивных поступков. Возможно осуществление импульсивных суицидальных действий непосредственно после разрешения патологического аффекта;

- физиологический аффект: непсихотическое состояние без нарушений сознания, проявляющееся эмоциональными вспышками (в большинстве случаев тревожно-депрессивного радикала). В качестве аффективной разрядки пациенты чаще совершают суицидальные, нежели агрессивные, действия

Аффективная разрядка - действия, направленные на эмоциональное выражение негативных, тяжело переносимых личностью переживаний. Суицидальные действия часто являются формой аффективной разрядки.

Биологические методы коррекции суицидальной активности - различные медикаментозные (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики и немедикаментозные виды (латеральная терапия).

Возрастные особенности суицидального поведения - особенности суицидального поведения (суицидальной мотивации, форм суицидогенеза, суицидальных проявлений), детский до 12 лет; подростковый: 12-17 лет; молодежный 17-29 лет; зрелый 30-55 лет; пожилой: 55-70; преклонный старше 70 лет).

- для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку;

- в подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является экзистенциальный кризис, обусловленный психологической депривацией;

- в молодом возрасте наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). Однако в различных исследованиях вариабельность таких статистических данных существенно колеблется. В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером;

- в зрелом возрасте самоубийства значительно чаще встречаются у мужчин (4:1 по отношению к женщинам), причиной которых является финансовый крах, безработица, алкоголизм. Женщины чаще совершают суицидальные попытки, обусловленные изменой, уходом мужа или разводом. Характер суицидального поведения зависит от длительности и субъективной значимости психотравмирующей ситуации;

- в пожилом возрасте суицидальное поведение в большинстве случаев обусловлено резким изменением образа жизни вследствие потери прежнего ролевого значения (окончание трудовой деятельности, конфликты с детьми и т. д.);

- в преклонном возрасте суицидальная активность вызвана одиночеством, тяжелыми соматическими заболеваниями. В пожилом и преклонном возрасте значительно чаще встречаются самоубийства (1:1 по отношению к суицидальным попыткам) с использованием заведомо летальных способов их осуществления.

Групповой суицид — одновременное осуществление суицидальных действий группой лиц, объединенных какими-либо идеологическими представлениями (религиозные верования, «идеологическая платформа» молодежных группировок и т. д.). Часто является следствием реакции группирования, характерной для подросткового возраста.

Двусмысленный суицид (Litman R., — действия, направленные на умышленное самоповреждение, при совершении которых индивид, однако, не уверен в том, что выживет.

Дезадаптация - какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью. Степень дезадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма. В

зависимости от характера функционирования, выделяют две формы дезадаптации:

- непатологическая: поддержание гомеостаза возможно при режиме усиленного, но «нормального» физиологического функционирования;
- патологическая: поддержание гомеостаза возможно только при переходе к патологическому функционированию.

В отношении к человеку применимы категории психической, психологической и социальной дезадаптации. Объективные проявления дезадаптации выражаются определенным типом поведения, а субъективные - широкой гаммой психоэмоциональных сдвигов. Личностная дезадаптация может привести к формированию суицидального поведения в случае невозможности реализации базовых ценностных установок.

Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия - осознанные преднамеренные поступки, направленные на получение каких-либо выгод от демонстрации намерений лишиться себя жизни. Носят суицидоподобный характер, так как их целью не является добровольный уход из жизни. Демонстративно-шантажные суицидальные действия, при недоучете реальной опасности их осуществления, могут закончиться смертью, что должно квалифицироваться как несчастный случай.

Диссимуляция суицидального поведения - поведение суицидента, направленное на сокрытие проявлений суицидальной активности.

Доведение до самоубийства - жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства человека, находящегося в материальной или иной зависимости от лица, совершающего эти действия, побудившие потерпевшего совершить самоубийство. Кроме этого, выделяют подстрекательство к самоубийству и пособничество самоубийству. Данные действия в ряде стран преследуются уголовным законодательством (в том числе в Украине, России, Великобритании и в других государствах).

Знание о смерти - распространенные в обществе представления и понятия о смерти. Могут быть использованы в профилактической работе по предотвращению формирования суицидального поведения. Ошибочное знание о смерти является основой возникновения мифов о самоубийствах.

Индивидуальные суицидогенные факторы - личностные особенности суицидента, способствующие формированию суицидального поведения и осуществлению суицидальных действий. Подразделяются на:

- **предиспозиционные:** недостаточность или неполноценность психического функционирования (мотивация; ориентировка в ситуации и ее оценка; целеполагание; осуществление выбора поведения). Суицидальную опасность несут: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; максимализм суждений и их незрелость; дефектность прогнозирования; неблагополучие в коммуникации; неадекватность самооценки; психологическая уязвимость;

- **позиционные:** дезадаптивная позиция, занимаемая суицидентом в ситуации конфликта. Наиболее суицидоопасным является пассивнооборонительный характер поведения. Обычно характеристика позиции соответствует одному из типов суицидальной мотивации;

- статусные: особенности психического состояния или психического реагирования суицидента, непосредственно влияющие на вероятность осуществления суицидальных действий. При наличии психических расстройств такими факторами являются аффективная, аффективно-бредовая или галлюцинаторно-бредовая симптоматика. У практически здоровых лиц статусные факторы проявляются в виде психологических личностных реакций;

- интенционные: особенности личностных намерений относительно суицидального поведения, характера и степени его выраженности

Имитационное поведение - подражание каким-либо формам деятельности. Наиболее характерно для подросткового возраста. Его суицидальная опасность может выражаться в провокации суицидальных действий. Возможен вариант самоимитационного поведения, представляющий наибольшую опасность в рецидивировании суицидального поведения.

Импульсивное суицидальное поведение - неожиданное для окружающих «внезапное» осуществление суицидальных действий, когда пресуицидальный период носит острейший («мгновенный») характер. Осуществляемые суицидальные действия являются результатом необходимости «моментального» удовлетворения в снятии аффективного напряжения при отсутствии этапа их планирования с опорой на прошлый опыт, адекватной оценки реальных обстоятельств происходящего и наличия дефекта прогнозирования (ситуационно-импульсивная мотивация). Наиболее часто возникновению суицидоопасных ситуационно-импульсивных мотивов способствует алкогольное или наркотическое опьянение, психогенные реактивные состояния.

Индукцированный суицид - суицидальные действия, совершенные вследствие психологического воздействия осуществленных суицидальных действий значимым для суицидента лицом или распространенных социальных стереотипов (национальные особенности, религиозные представления). Синоним - кластерные самоубийства.

Институциональный суицид - суицидальные действия, обусловленные социальным императивом (жертвеннические, ритуальные самоубийства на религиозной почве или согласно принятым в обществе нормам поведения).

Истинные суицидальные действия - осознанные преднамеренные действия, целью и мотивом которых является добровольное лишение себя жизни.

Кластерные самоубийства - резкое учащение осуществления суицидальных действий (самоубийства, суицидальные попытки), обусловленных частыми сообщениями в средствах массовой информации о самоубийствах и других формах суицидального поведения (наиболее характерно для сюжетов в кинофильмах, телепередачах). Также его причиной может быть самоубийство харизматической (одиозной) личности, что воспринимается людьми (обычно подростками) как модель разрешения психотравмирующей ситуации. Является вариантом имитационного поведения.

Клинико-лингвистическая диагностика суицидального поведения (Ганзин И.В.) - комплексный анализ речи пациента, направленный на выявление суицидальных проявлений, психологического кризиса или

психопатологических предикторов суицидальной активности. При проведении клинико-лингвистической диагностики суицидальный риск проявляется в:

- прямых высказываниях, а также оговорках или незавершенных мыслях, отражающих суицидальные тенденции;
- выраженном эгоцентризме в восприятии реальности;
- наличии множества глаголов директивного характера в контексте суицидальных высказываний;
- ослаблении или выпадении лексико-семантической группы, описывающей гедонистические переживания или представления;
- наличии паралингвистических характеристик аффективных нарушений: явная замедленность темпа речи, заполнение речевых пауз глубокими вздохами, монотонности интонации и т. д.

Когнитивная психотерапия (Beck A.) - психотерапевтический метод, направленный на распознавание и устранение несоответствия объективной реальности и основных ситуационных установок суицидента (его восприятие действительности).

Когнитивистская теория самоубийств (E. Shneidman) - описание суицидального поведения с позиции его «познаваемости». E. Shneidman выделяет следующие типы суицидов :

1. С точки зрения отсутствия или наличия нарушений психической деятельности:

- «логический»: обусловлен наличием интенсивной боли или неизлечимого соматического заболевания при отсутствии психических нарушений, «неповрежденном разуме», носит характер «суицидобрыва»;
- «каталогический»: обусловлен наличием семантических ошибок и расщеплением мышления;
- «палеологический»: обусловлен наличием психотических расстройств.

2. С точки зрения личностной мотивации:

- «логический»: определяется мотивами бегства, воссоединения, самонаказания, возрождения и т. д.;
- «эготический»: определяется чувством непереносимости окружающего мира, стремлением уйти от него;
- «диадический»: включает в себя все случаи самоубийства как интерперсонального события (возмездие, манипуляция, призыв и т. д.), является реакцией на фрустрацию желаемой реализации межличностных отношений;
- «агенеративный суицид»: обусловлен наличием экзистенциального кризиса, когда индивидуум теряет ощущение смысла участия в «поточе человеческого бытия».

Концепция суицидального поведения А.Г. Амбрумовой (1971). Каждый случай самоубийства определяется соотношением средовых, личностных и психопатологических (при их наличии) факторов. Основные положения концепции:

- к основным диагностическим категориям суицидентов относятся психически больные с эндогенными психопатологическими расстройствами,

больные с пограничными психическими расстройствами и практически здоровые люди;

- у всех суицидентов обнаруживаются объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации, которая может быть парциальной или тотальной (в зависимости от степени и характера нарушений основных направлений адаптационной деятельности: познавательного, преобразовательного, коммуникативного и ценностноориентационного);

- во всех случаях решающим моментом формирования манифестирующих суицидальных проявлений является суицидогенный конфликт;

- принятие суицидального решения (вне зависимости от причин, условий, форм дезадаптации) происходит только после этапа личностной переработки суицидогенного конфликта. Не существует непосредственной зависимости суицидального поведения от характера и тяжести болезненных переживаний: даже в случае наличия у суицидента психотического состояния «псевдореальный» конфликт преломляется через базальные установки личности, что обуславливает выбор характера последующего поведения.

Коэффициент летальности самоубийств (С.В Бородин, А.С Михлин, 1978) - величина соотношения количества самоубийств к числу суицидальных попыток.

Коэффициент соотношения уровня самоубийств - величина пропорционального соотношения числа самоубийств у мужчин и женщин, стабильно сохраняющееся на значительных отрезках времени.

Кризис - состояние, вызванное столкновением личности с препятствиями на пути удовлетворения важных жизненных целей (фрустрацией основных ценностных установок), в случае, когда подобные препятствия не могут быть преодолены обычными способами разрешения проблем (с помощью сложившихся стереотипов поведения).

Кризисный период - временной параметр кризиса, в развитии которого выделяют:

- период начального повышения напряжения;

- период несостоятельности в разрешении проблемы с помощью сложившихся стереотипов поведения;

- период «поспешной» мобилизации защитных сил (компенсаторных адаптационных возможностей) при хаотическом поиске новых вариантов решения проблемы;

- проблемы дальнейшего роста напряжения, приводящего к дезорганизации поведения и функционирования, в частности к формированию суицидального поведения.

Кризисная психотерапия (Г.В Старшенбаум., 1987) - неотложная, ургентная психотерапевтическая помощь пациентам, находящимся в кризисном состоянии и нуждающимся в коррекции суицидальных проявлений. Нацелена на выявление и коррекцию неадаптивных установок, приведших к развитию суицидального поведения, а также на поиск и тренинг неапробированных пациентом способов разрешения суицидогенного конфликта. Осуществляется в индивидуальной, семейной, групповой формах. Включает этапы:

- кризисной поддержки, направленной на установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизацию личностной защиты (актуализацию антисуицидальных факторов) и заключение терапевтического договора (определение кризисной проблемы и форм ее коррекции, разделение ответственности за результат совместной работы);

- кризисного вмешательства, направленного на выявление и коррекцию неадаптивных установок блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, рассмотрение неапробированных способов разрешения суицидогенного конфликта и активизацию терапевтической установки;

- повышения уровня адаптации, направленного на выработку и тренинг неапробированных способов адаптации, ведущих к разрешению психотравмирующего (суицидогенного) конфликта.

Кризисное состояние - 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. Характеризуется чувством беспокойства, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживаниями собственной несостоятельности, беспомощности, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и будущего; выраженными затруднениями в планировании деятельности. Является одним из основных и непосредственных условий суицидогенеза. Выделяют следующие стадии кризисного состояния (А. Г. Амбрумова., А. М. Полеев, 1986):

- «психического шока»: период дезорганизации психической деятельности длительностью до трех суток с момента получения психотравмы;

- дезорганизации: период «проживания» психотравмы длительностью от суток до двух недель;

- демобилизации; период полного осознания создавшейся ситуации, ее безысходности (невозможности восполнения потери и т. д.) что часто служит триггером формирования депрессивных расстройств длительностью от нескольких суток до нескольких недель;

- адаптации («принятия» создавшейся ситуации): период рационализации психотравмы, включения ее (или ее последствий) во внутриличностную картину мира, а также разрешения психотравмирующей ситуации длительностью в несколько недель;

- восстановления: период нормализации психической деятельности длительностью до нескольких месяцев.

Наиболее суицидоопасными являются стадии дезорганизации и демобилизации.

Латеральная терапия - эффективный биологический немедикаментозный метод коррекции и профилактики суицидального поведения (А. П. Чуприков, А.Н Линеа, И.А Марценковский, Г. Я Пилягина.). Терапевтическое влияние на психические нарушения осуществляется путем направленного изменения межполушарных взаимоотношений. По способам воздействия различают:

- зонально-латеральное электростимулирование: унилатерально направленное (с право- или левополушарной афферентацией) чрезкожное импульсное низкочастотное субсенсорное электрическое воздействие, а также латеральная электропунктура биологически активных точек;

- латеральная светотерапия: унилатерально направленное одновременное или раздельное воздействие электромагнитным излучением оптического диапазона (длинноволновое и коротковолновое) на правую и левую половины сетчатки глаз.

Личностный смысл самоубийства (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980) - соотношение желания добровольного ухода из жизни (как цели суицидального действия) и потребности изменения суицидогенного конфликта тем или иным способом, в том числе и путем самоубийства (как мотивации деятельности).

Мифы о самоубийствах - существующие и распространенные в обществе ошибочные представления о самоубийствах (суицидальном поведении в целом).

Мотивы суицидального поведения (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980) - личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения:

- протест: реакция отрицательного воздействия на объекты вызвавшие психотравмирующую ситуацию (к протестным мотивам относится месть);

- призыв: активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотрамирующую ситуацию;

- избегание: уход от наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);

- самонаказание: искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий;

- отказ от жизни: цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель - самоубийство, мотив - отказ от существования).

Нейропсихиатрическая теория суицидальной активности - суицидальные проявления относятся к преимущественно левополушарным психопатологическим расстройствам (формирование патологической доминанты преимущественно в левом полушарии мозга). Это может быть объяснено тем, что ведущими факторами в суицидогенезе являются такие преимущественно левополушарные психопатологические расстройства как тревога и когнитивные нарушения (доминантные, сверхценные суицидальные представления).

Нейрохимические механизмы суицидальной активности - особенности нейрохимической деятельности центральной нервной системы, выявляемые при суицидальном поведении и проявляющиеся в нарушениях функционирования серотонинергической, допаминергической, опиатной и пептидной нейротрансмитерных систем.

Неподтвержденный суицид - отсутствие подтверждения данных о совершении самоубийства при бездоказательных заявлениях окружающих об этом (обычно при несчастном случае).

Несчастный случай - неосознанные или непреднамеренные действия, приведшие к каким-либо патологическим последствиям для организма или к смертельному исходу. В отличие от суицидального поведения при несчастном случае действия не направлены на добровольное лишение себя жизни. Таким образом любые действия (в том числе аутоагрессивные), целью которых не является осознанное желание покончить с собой, должны квалифицироваться как несчастный случай. К несчастному случаю следует относить аутоагрессивные действия психически больных в состоянии психоза.

Осложненный постсуицидальный период - наличие каких-либо патологических соматических последствий вследствие совершения суицидальной попытки.

Организация суицидологической помощи - система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи больным с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Включает следующие этапы:

- первичной помощи: доврачебная (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в больнице скорой помощи или любом другом лечебном учреждении;

- экстренной помощи: неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;

- амбулаторно-консультационной помощи: амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социально-психологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в специализированных суицидологических кабинетах при психоневрологических диспансерах;

- госпитальной помощи: стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда аутоагрессивное (суицидальное) поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

Парасуицид (N. Kreitman) - не смертельное умышленное самоповреждение (самоотравление), которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. По определению ВОЗ - синоним суицидальной попытки. Объединяет весь класс несмертельных суицидальных действий или действий с низкой суицидальной вероятностью (невозможностью осуществления самоубийства). Некоторые авторы к парасуицидам относят аутоагрессивные действия психически больных в состоянии психоза (И.И. Кутько и др.). N. Kreitman определял парасуицид как призыв о помощи, способ воздействия на окружающих с целью изменения

сложившейся ситуации, и относил к ним суицидальные акты с истинным намерением умереть, но не закончившиеся смертью. Синоним - суицидальная попытка.

Пик суицидальной активности - определенный временной период, когда с наибольшей частотой для данной популяции или на данной территории совершаются самоубийства (суицидальные попытки).

Посмертная записка - какое-либо письменное сообщение о причинах (событиях, людях, действиях), приведших к самоубийству, оставляемая суицидентом обычно на месте его совершения.

Постсуицидальный период (А. Г. Амбрумова., В. А. Тихоненко) - временной промежуток после совершения суицидальной попытки. Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

1. По длительности: острый (ближайший): в течение первой недели после совершения суицидальной попытки, характеризуется определенным типом постсуицидального периода;

2. Окончание соответствует рационализации (осознанию и принятию) суицидогенного конфликта;

- протрагированный (затянувшийся, пролонгированный): начинается через неделю после совершения суицидальной попытки, длится до 2-3 месяцев; окончание соответствует моменту дезактуализации суицидогенного конфликта;

- отдаленный (поздний, реституция): начинается через 2-3 месяца после совершения суицидальной попытки; окончание соответствует полному исчезновению суицидальных проявлений (фактически может включать любой временной промежуток до окончания жизни суицидента);

3. По отношению к суицидальному поведению и актуальности суицидогенного конфликта:

- суицидально-фиксированный: суицидогенный конфликт актуален или диссимилируется; суицидальные проявления сохраняются; положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной попытки; вероятность рецидивирования суицидальных действий очень высока;

- аналитический: суицидогенный конфликт актуален, однако суицидальные проявления не сохраняются, критическое, распаивающее отношение к суицидальной попытке; рецидивирование суицидальных действий возможно;

- манипулятивный: при благоприятном для суицидента изменении ситуации выраженность суицидальных проявлений снижается; суицидальная активность сохраняется при нереализации рентных установок;

- критический: суицидогенный конфликт утратил актуальность («обрывающий» эффект суицидальной попытки), суицидальные проявления отсутствуют.

Потенциальные суициденты - лица, имеющие суицидальные намерения (тенденции), но не совершившие суицидальные действия.

Предикторы суицидального поведения - признаки, определяющие вероятность формирования суицидального поведения под воздействием (влиянием) внешних или внутриличностных физических, психологических или социальных факторов.

Пресуицид (А. Г. Амбрумова., В. Л. Леви, 1974) - состояние личности, обуславливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта (даже заведомо незавершенного). Выявляемые в пресуициде психопатологические проявления носят полиморфный характер.

Пресуицидальный период - период формирования суицидальной активности, границами которого являются момент возникновения суицидальных побуждений и момент осуществления суицидальных действий. Выявляемые в пресуицидальном периоде психопатологические проявления отличаются клинической полиморфностью.

Пресуицидальный синдром - психологический симптомокомплекс, сопутствующий формированию суицидального поведения. В основе лежит «ограничение психической жизни», обусловленное личностными установками или особенностями интерперсонального контактирования. Включает в себя сужение аффективной сферы с ограничением межличностных контактов; усиление «агрессивности», направленной против себя; наличие суицидальных фантазий.

Пресуицидальный синдром невовлеченности - изменение субъективного течения времени, ощущения пространства и схемы тела при наличии пресуицидального синдрома, включающего в себя чувство одиночества, обвинение окружающих, самообвинение и фантазирование о ситуации, которая должна сложиться после совершения самоубийства.

Профилактика суицидального поведения - различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности, в частности, превенцию формирования суицидальных побуждений, осуществления суицидальных действий и рецидивирования суицидального поведения. Различают следующие виды профилактики суицидального поведения:

1. По содержанию:

- специализированные психиатрические (собственно суицидологические): терапевтические (медикаментозные и немедикаментозные) мероприятия, направленные на предотвращение формирования (рецидивирования) суицидальной активности, а также на лечение психических расстройств, приведших к суицидогенезу или возникновению аутоагрессивных проявлений);

- психологические: коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, повышение уровня психологической защищенности, формирование «антисуицидального барьера» (активизацию антисуицидальных факторов личности) и, таким образом, предотвращающие формирование (рецидивирование) суицидальной активности;

- общемедицинские: лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки;

- социальные: мероприятия, направленные на изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов и способные предотвратить формирование (рецидивирование) суицидальной активности или осуществление суицидальных действий;

- информационно-обучающие: мероприятия, направленные на распространение знаний (в частности в средствах массовой информации) об

особенностях генеза и формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения, способах «самопомощи» при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб; а также специализированные учебные суицидологические программы для психиатров и врачей общей практики.

2. По последовательности:

- первичная: мероприятия, проводимые с суицидентами с целью предотвращения осуществления суицидальных действий; к первичной профилактике относятся информационно-обучающие мероприятия по вопросам суицидологии, проводимые для любых категорий населения;

- вторичная; мероприятия, проводимые с суицидентами, со совершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения:

- третичная: мероприятия, проводимые с близким окружением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения; а также направленные на превенцию формирования суицидального поведения имитационного характера в таком окружении. Синоним - суицидологическая превенция.

Психическая депривация (англ. deprivation - утрата, лишение) - состояние психической дезадаптации, при котором человек представляет невозможным удовлетворение основных личностных потребностей в течение длительного времени (фрустрация ценностных установок). Возникает вследствие перенесенных субъективно значимых (обычно многочисленных) психотравмирующих ситуаций. Может охватывать широкий диапазон отклонений психической деятельности от незначительных изменений социального функционирования до выраженных патохарактерологических или психопатологических нарушений (реактивные состояния, неврозы, расстройства личности). На высоте субъективных переживаний психическая депривация рождает ощущение отсутствия личностных потребностей, смысла жизни и, соответственно, целесообразности существования.

Обычно выделяют четыре формы психической депривации, реально существующих совместно:

- сенсорная депривация: снижение количества сенсорных стимулов или ограничение их изменчивости;

- эмоциональная депривация: отсутствие возможности создания чувственного отношения, эмоциональных контактов к какому-либо лицу или разрыв существующей эмоциональной связи;

- когнитивная депривация (смыслов): отсутствие возможности понимания, предвосхищения и регулирования приходящих извне стимулов, обусловленных субъективным ощущением слишком изменчивой, неупорядоченной, хаотичной структурой внешнего мира;

- социальная депривация (идентичности): отсутствие или ограничение возможности для установления самостоятельной социальной роли (осуществления адекватного социального функционирования).

Психическая травма - какая-либо личностно значимая ситуация (явление), имеющая характер патогенного эмоционального воздействия на психику человека, психологически тяжело переносимая и способная, при недостаточности защитных психологических механизмов, привести к психическим расстройствам. Практически всегда является причиной или триггером суицидогенеза. Ситуация, в которой человек получает психическую травму, называется психотравмирующей.

Психоаналитическая теория самоубийств - формирование суицидального поведения обусловлено обострением борьбы экзистенциально присущих человеку инстинктов самосохранения и саморазрушения. В его основе нарушение идентификации, когда объект и субъект агрессии совпадают. Суицидальный характер поведения определяется бессознательными психическими силами, а момент осознания является фактором их энергетического преобразования и направления. Наиболее часто встречается у нарциссических личностей.

Психогении - психические расстройства, формирующиеся вследствие воздействия психической травмы: реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, нарушения адаптации (аффективные и поведенческие реакции), неврозы, неврозоподобные состояния, реактивные психозы. К ним относятся психогенные наслоения.

Психологическая аутопсия - посмертный анализ обстоятельств, предшествующих и сопутствующих самоубийству: изучение биография суицидента, различной документации (в том числе медицинской), воспроизведение объективных событий последних дней его жизни, опросы его родственников или знакомых, изучение посмертных записок и т. д.

Психологическая защита - регулятивная система психической стабилизации личности, направленная на устранение (уменьшение) негативного эффекта, вызванного каким-либо психотравмирующим воздействием. Психологическая защита «ограждает» личность от психотравмирующих переживаний, в частности, конверсируя (вытесняя) их в неосознаваемые («беспричинные») ощущения, чувства, представления. Формирует психологическую защищенность личности - один из компонентов антисуицидального барьера.

Психологическая уязвимость - определенные психологические особенности личности, при которых любое физическое или психическое воздействие (объективно малозначимое) может стать психической травмой. Предиктор формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения. Контрпонятие психологической защищенности, проявление ее дисфункционирования (недостаточности).

Психологический кризис - нарушение аффективно-когнитивного равновесия психической деятельности, создаваемой внешними обстоятельствами. Характеризуется ее дезорганизацией, уровень которой пропорционален степени нарушения адаптационных возможностей человека. Вызывает дисбаланс конструктивных и разрушительных тенденций в психической деятельности, чем обуславливает формирование агрессивной или аутоагрессивной форм поведения.

Психопатологические предикторы суицидального (аутоагрессивного) поведения - психические расстройства различной степени тяжести, непосредственно влияющие на формирование суицидального (аутоагрессивного) поведения:

- реактивные депрессии. Чаще суицидальные действия являются импульсивными; формирование суицидальной активности зависит от субъективной значимости психотравмирующей ситуации и адаптационных возможностей суицидента;

- алкоголизм. В большинстве случаев суицидальное поведение носит импульсивный характер, является аффективной разрядкой;

- эндогенные депрессии. Аутоагрессивные поступки чаще всего совершаются больными в стадии разрешения депрессивного эпизода; на высоте депрессивного психоза носят импульсивный характер и обусловлены как аффективными переживаниями (безысходностью, чувством невыносимости тяжести психического состояния), так и бредовыми идеями вины, самоуничтожения;

- шизофрения. Аутоагрессивные действия больных зависят от клинической картины психоза (содержания болезненных переживаний);

- наибольшую опасность для жизни представляют аутоагрессивные действия, обусловленные императивными псевдогаллюцинациями;

- расстройства личности. Характер суицидального поведения непосредственно зависит от формы психопатологических расстройств (например, при диссоциальном расстройстве характерны импульсивные суицидальные действия в виде взрывной реакции;

- при гистрионичном расстройстве чаще встречаются демонстративно-шантажные суицидальные проявления; при шизоидном или параноидном - суицидальные действия носят тщательно продуманный характер и часто заканчиваются смертью.

Суицидогенез непосредственно вызван осознанием наличия психического заболевания или его неизлечимости (особенно у больных шизофренией), а не собственно психопатологическими переживаниями. Кроме этого, на формирование суицидального поведения влияет социальная дезадаптация (отсутствие семьи, невозможность трудоустройства и т. д.), вызванная наличием психопатологических расстройств.

Психотерапевтические методы коррекции суицидальной активности - различные виды психотерапии, направленные на коррекцию и профилактику суицидальной активности. С этой целью наиболее часто используются следующие методы психотерапии: рациональная, суггестивная, гештальттерапия, психоанализ, психосинтез, клиентцентрированная, медитативная и другие. К прицельным методам психотерапевтической коррекции суицидальной активности относятся: кризисная психотерапия, аксиологическая коррекция, когнитивная психотерапия (смотри соответствующие разделы). Традиционные методы психотерапии нацелены на личностный рост (активацию внутриличностных ресурсов), изменение основных личностных установок, приведших к формированию суицидального

поведения (в отличие от кризисной психотерапии, направленной на преобразование кризисной ситуации).

Расширенный суицид - суицидальные действия, совершаемые группой людей согласно предварительному договору. Наиболее характерен для религиозных сект, декларирующих самоубийство как один из важнейших элементов верования.

Рациональный суицид - самоубийство (суицидальная попытка), совершенное психически здоровым человеком. Обычно так квалифицируются суицидальные действия, осуществляемые суицидентом в терминальном состоянии при наличии неизлечимого соматического заболевания. Согласно мотивационной направленности подразделяется на:

- монологический. Добровольный уход из жизни, когда смерть как мотив и цель совпадают;

- диалогический. Целью является самоубийство, а мотивом - привлечение внимания близкого окружения (диалог с ним).

Рецидивирование суицидального поведения - возобновление суицидальной активности после совершенной суицидальной попытки. Может быть обусловлено как сохраняющейся, прежней психотравмирующей ситуацией, так и сформировавшейся, новой. При этом ранее осуществленные суицидальные действия могут стать прецедентом способа разрешения психотравмирующей ситуации (вариант «самоимитационного» поведения).

Ритуальный суицид - самоубийство на религиозной почве, совершенное под воздействием социального императива определенного верования (чаще как его кульминация). Наиболее характерен для периодов эсхатологических и апокалиптических ожиданий или религиозных гонений.

Самаритяне - национальная волонтерская организация в Великобритании, осуществляющая помощь в кризисных ситуациях.

Самоистязание - действия, направленные на причинение себе психической или физической боли, мучений, целью которых является искупление вины. Может быть вариантом саморазрушающего поведения.

Самоповреждение - умышленное нанесение себе различных телесных повреждений, увечий (колоторезанные или огнестрельные раны, травмы, удушение) обычно с аутоагрессивной целью. Является распространенным способом совершения суицидальных действий (например, самоповреждение вен предплечья). Наиболее тяжелые аутоагрессивные самоповреждения наносят себе психически больные в состоянии психоза: проникающие ранения черепа, брюшной полости; встречаются случаи самокастрации и другие.

Самоотравление - умышленное использование каких-либо отравляющих веществ или веществ в токсических дозировках обычно с суицидальной целью. Является распространенным способом совершения суицидальных действий (например, передозировка медикаментозных средств (наиболее распространенный способ совершения суицидальных попыток у женщин)). С целью самоотравления используются средства бытовой химии, прижигающие вещества.

Саморазрушающее поведение - различные формы поведения человека, целью которых не является добровольная смерть, но ведущие к социальной,

психологической и физической дезадаптации, деградации личности. Результатом саморазрушающего поведения может быть как преднамеренное, так и непреднамеренное нанесение вреда своему психическому и физическому здоровью вплоть до его смерти. Разновидностями саморазрушающего поведения являются такие заболевания как алкоголизм, наркомании, токсикомании; а также неоправданный риск; асоциальное, деликventное поведение; анозогнозическое поведение при наличии жизнеопасной соматической патологии; любые другие намеренные (или неосознанные) действия, ведущие к разрушению физического или психического здоровья. Самоубийство является крайней формой саморазрушающего поведения.

Самоубийство - осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти таким образом и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий. В отношении к психически больным, страдающим эндогенно-процессуальными заболеваниями (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), данный термин может быть применен только в том случае, если больной, совершая самоубийство, мог отдавать себе отчет о совершаемых действиях и руководить ими (например, в состоянии ремиссии).

Сезонные колебания частоты суицидальных действий — увеличение суицидальной активности (количества суицидальных действий) в определенное время года. Например, количество суицидальных попыток возрастает в весеннее время; в отношении самоубийств данные различных исследований расходятся.

Синдром острого горя - психологический симптомокомплекс, развивающийся после смерти особо значимого лица (любимый, любимая; муж, жена; дети, родители). Клинически проявляется:

- интенсивным чувством физического страдания в виде соматовегетативных пароксизмов (приступы удушья, учащенного сердцебиения, мышечная слабость, потеря аппетита), перемежающимся эмоциональным напряжением, психалгиями с возможным развитием шоковой реакции;

- поглощенностью образом утраченного с возможным иллюзорным восприятием реальности;

- чувством вины по отношению к умершему;

- агрессивностью в виде враждебных реакций к окружающим;

- утратой прежних естественных моделей поведения в виде нецеленаправленных, часто нецелесообразных действий, обусловленных сужением мотивационной сферы;

- идентификацией с утратой, обусловленная поглощенностью утраченным.

По стадиям развития разделяется:

- период шока. Проявляется в неадекватном восприятии реальности в связи со случившимся и заканчивается моментом его осознания;

- период переживания случившегося. Проявляется разрушением привычной картины себя и мира в связи с чем возможно развитие аффективных психопатологических нарушений; этот период наиболее суицидоопасен;

- период принятия случившегося. Аффективное напряжение снижается в связи с осознанным включением утраты в субъективную картину мира.

Синдром потери (утраты) - состояние, обусловленное потерей особо значимого лица (любимый, любимая; муж, жена; дети, родители) вследствие его смерти или разрыва отношений. Понятие «синдрома потери» применимо к ситуации или явлению резкого изменения образа жизни вследствие утраты чего-либо с субъективным ощущением и переживанием такой утраты (например: утрата профессии, потеря места жительства в результате стихийного бедствия, нетрудоспособность вследствие инвалидизации). Может быть причиной психогенных расстройств или различных соматовегетативных нарушений. Является суицидоопасным психологическим состоянием с высокой вероятностью осуществления и рецидивирования суицидальных действий. Синоним - синдром острого горя.

Социальная теория самоубийств (Е. Durkheim) - впервые были выдвинуты положения о существенном влиянии социально-экономических причин в формировании суицидального поведения. Е. Durkheim выделяет следующие типы самоубийств:

1. Альтруистический суицид. Самоубийство, совершено; «во благо», в интересах каких-либо людей или идей. К такому типу относятся:

- самоубийство лица, считающего себя обузой для окружающих (преклонный возраст, тяжелое заболевание);

- самоубийство «вслед за кем-то», добровольное самопожертвование жизнью после смерти любимого человека или социально значимого лица (царь, вождь племени); характерно для древних цивилизаций;

- самоубийство по религиозным или иным социально принятым убеждениям;

- серийные подражательные самоубийства («феномен Вертера»).

2. Аномический суицид. Самоубийство как реакция протеста на экзистенциальный кризис (экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный) при резком изменении (разрушении) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира {или ситуации, угрожающей возникновением и формированием такого кризиса}.

3. Эгоистический суицид: самоубийство как способ самоизбавления, ухода от решения каких-либо проблем.

4. Фаталистический суицид. Самоубийство как следствие сверхконтроля или чрезмерного регулирования (конформизма).

Способы совершения суицидальных действий - действия, при совершении которых может быть достигнут добровольный уход из жизни: повешение, падение с высоты и под транспорт, утопление, голод, отравление лекарственными средствами, различными токсическими веществами, применение огнестрельного и холодного оружия, самосожжение и т. д.

Стадии формирования суицидального поведения - временные этапы становления суицидальной активности с характерными формами ее проявлений:

- суицидальная предрасположенность. Проявляется такими особенностями личности как тревожно-депрессивный радикал, импульсивность,

интерперсональная зависимость, фрустрация потребностей со стремлением к ее ликвидации;

- латентный пресуицид. Период времени, когда личность находится в состоянии социально-психологической и психической дезадаптации и одновременно пребывает в «мотивационной готовности» к суицидогенезу, при этом оформленные признаки суицидальной активности отсутствуют. Характеризуется незначительными изменениями в поведении (повышенной тревожностью, изменениями настроения, нарушениями в общении, асоциальными поступками, алкогольными эксцессами), суицидальными фантазиями, периодическими суицидальными мыслями;

- манифестный пресуицид. Проявляется постоянными суицидальными мыслями, суицидальными высказываниями; резким изменением поведения, образа жизни; различными формами саморазрушающего поведения;

- острый пресуицид (состояние психологического кризиса, прямая угроза осуществления суицидальных действий). Проявляется сверхценным характером суицидальных мыслей, суицидальными тенденциями; целенаправленным поиском средств осуществления суицидальных действий; прямыми или косвенными «прощаниями» с близкими; неадекватными формами поведения («зло вещее» спокойствие, идеаторномоторная расторможенность, ажитация);

Статистический портрет суицидентов - набор анализируемых признаков, характерных для лиц с суицидальными проявлениями: специфически суицидологических (сезонные или суточные колебания частоты суицидальных действий, характеристики суицидального поведения, обстоятельства и способы совершения суицидальных действий и т.д.), демографических (пол, возраст, этническая принадлежность и т.д.), социальных (уровень жизни, семейное положение, трудоустроенность и т.д.), психологических (особенности личности, мотивация суицидального поведения и т.д.), психопатологических (наличие и особенности психических расстройств, наличие алкоголизма или наркомании, алкогольного или наркотического опьянения и т.д.) и других (наличие соматического заболевания и т.д.).

Стресс (англ., stress - давление, напряжение) - состояние человека, характеризующееся неспецифическими защитными реакциями (на физическом, психологическом и поведенческом уровне) в ответ на экстремальные патогенные раздражители. Реакция психики на психотравмирующую ситуацию может обуславливать формирование суицидального поведения.

Субъективный дистресс - психологическое состояние, выражающееся в личностном ощущении истощения адаптационных возможностей. Приводит к формированию суицидального поведения, способствует принятию суицидального решения и осуществлению суицидальных действий.

Суицид (лат., sui - себя, caedo - убивать) - самоубийство

Суицид двойной (парный) - одновременное или последовательное (с минимальной разницей во времени) самоубийство двух, обычно близких людей, на основе суицидального договора.

Суицидальные жесты - действия, обусловленные потенциально аутодеструктивными тенденциями личности, но без риска причинения себе значительного вреда.

Суицидальные коммуникации - характерные проявления суицидальных намерений человеком в межличностном общении, которые следует рассматривать как предупреждающие знаки о возможности осуществления суицидальных действий. Выделяют 5 признаков:

- форма. Вербальная, в том числе письменная;
- характер. Прямой (открытый) или косвенный (замаскированный);
- содержание. Проявление аффектов (чувства вины или осуждения), попытка объяснить свой поступок, поручение или просьба к окружающим;
- объект. Определенное лицо или группа;
- цель. Крик о помощи (мольба о спасении), выражение враждебности (обвинение окружающих, самообвинение).

Суицид - убийство - ситуация, когда суицидальным действиям предшествует гомицид (в большинстве случаев убийство членов семьи суицидента с целью избавления их от «предстоящего страдания», либо вследствие ложных представлений о справедливости). Обычно осуществляется психически больным членом семьи, находящимся в состоянии психоза (под воздействием болезненных переживаний) или встречается в семьях при наличии у кого-либо из ее членов реактивного состояния вследствие тяжело переживаемой психотравмирующей ситуации.

Суицидологический анамнез - выявление в анамнезе суицидента предшествующих суицидальных попыток либо других форм суицидальной активности.

Суицидальная диагностика - клинические способы выявления суицидальной активности, формулирующие диагнозы: психологический, социодинамический и дескриптивный (оценка динамики подготовки суицида и нарастания суицидальных тенденций, а также психопатологическая диагностика). Представляет собой анализ не только собственно суицидальных проявлений (особенности, вероятность реализации и т.д.) в их статике и динамике, но и всей совокупности клинических, личностных и средовых факторов, участвующих в суицидогенезе.

Суицидальная попытка - осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни и нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий, но незавершившиеся смертью. В англоязычной литературе эквивалентом термина суицидальная попытка являются понятия умышленное самоповреждение, умышленное самоотравление, употребляемые в контексте совершения попытки самоубийства, незакончившейся смертельным исходом. Синоним - парасуицид.

Суицидальная триада - стремление (желание) убить, быть убитым, покончить с собой. Формируется на основе конфликта инстинктов самосохранения и саморазрушения.

Суицидальная угроза - высказывания или действия, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности и вероятности осуществления суицидальных действий. Могут неосознаваться суицидентом.

Суицидальное поведение (G. Deshais) - вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель - смерть, мотив - разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем

добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска (смотри соответствующие разделы) и т. д.

Суицидальное решение - момент осознания того, что самоубийство есть единственный путь разрешения психотравмирующей ситуации с последующим формированием суицидального поведения.

Суицидальные действия - личностная активность, подчиненная конкретной цели добровольного ухода из жизни. Однако добровольная смерть как мотивация суицидальных действий совпадает с целью только в случае истинных суицидальных действий. В большинстве случаев мотивом суицидальных действий является изменение существующей (сложившейся) психотравмирующей ситуации.

Суицидальные замыслы - активная (внутренняя) форма суицидального поведения, проявляющаяся в осознанной тенденции к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана реализации суицидальной активности (продумываются способы, время, место, дополнительные условия осуществления суицидальных действий).

Суицидальные мысли - пассивная (внутренняя) форма суицидального поведения, характеризуется представлениями (мыслями) на тему своей смерти, но не оформляется в осознанное желание лишения себя жизни как варианта самопроизвольной активности.

Суицидальные намерения (тенденции) - активная (внутренняя) форма суицидального поведения, включает не только суицидальные замыслы, но и самопроизвольные поступки по планированию и подготовке суицидальных действий, непосредственно предшествующие их осуществлению. Предполагает принятие суицидального решения и приводит к совершению суицидальных действий.

Суицидальные сигналы - завуалированные действия, иносказательные высказывания, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности. Могут не осознаваться суицидентом. Синоним - суицидальная угроза.

Суицидальные фантазии - представления о возможности разрешения психотравмирующей ситуации с помощью собственной смерти, самоубийства; носят пассивный характер без четкого осознания и характера самопроизвольной суицидальной активности.

Суицидальные эквиваленты - неосознанные действия, приводящие к психическому или физическому саморазрушению личности (часто непосредственно направленные на это). Синоним - саморазрушающее поведение.

Суицидальный договор - договоренность двух или более людей о совместном совершении самоубийства. Суицидальный договор чаще всего осуществляется при близких отношениях его участников (семья, пара). Часто у инициатора такой договоренности выявляются эндогенные психические расстройства или расстройства личности. В большинстве случаев самоубийство осуществляет только один из участников суицидального договора.

Суицидальный императив - «внутренний» приказ о немедленном осуществлении суицидальных действий (часто подсказывается способ их совершения); носит характер беспрекословного подчинения. При наличии суицидального императива пресуицидальный период отсутствует. Обычно встречается у больных в состоянии психоза (шизофрения), обусловлено галлюцинаторно-параноидными (псевдогаллюцинаторными) переживаниями.

Суицидальные переживания - разработанные вербальные представления о самоубийстве, протекающие на негативном эмоциональном фоне.

Суицидальный процесс - последовательность внутренних или внешних актов, направленных на формирование суицидального поведения или осуществление суицидальных действий.

Суицидальный риск - степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий. Степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицидальных действий) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидальных факторов личности, а также степенью влияния личностно-ситуационных (характер и значимость суицидогенного конфликта) и средовых (социальнодемографических) факторов. Различают следующие варианты суицидального риска (R. Litman):

- острый. Высокая вероятность осуществления суицидальных действий (пресуицидальный период может быть «мгновенным»), следует рассматривать как неотложное состояние;

- хронический. Длительное существование терапевтически резистентных суицидальных переживаний, некупирующихся после совершения суицидальной попытки.

Суицидальный шантаж - осуществление суицидальных действий как средства воздействия личности на неблагоприятную ситуацию и ее участников.

Суицидент - человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство. Суицидентом может быть назван психически больной, находящийся в состоянии психоза и выявляющий аутоагрессивные проявления, с указанием, что данная форма поведения носит аутоагрессивный характер.

Суицидент с прерванным успехом (E. Stengel) - незавершение суицидального акта смерти благодаря своевременной медицинской помощи, при использовании суицидентом высоколетальных способов совершения самоубийства.

Суицидогенез - процесс формирования суицидального поведения от момента возникновения антивитальных переживаний вплоть до момента осознания и четкой формулировки суицидальных тенденций или реализации суицидальных действий. Синоним - суицидальный процесс.

Суицидогенная семья - наличие многократных (в том числе повторных) самоубийств или суицидальных попыток в нескольких поколениях одной семьи.

Суицидогенная установка - личностное представление, убеждение о большей, чем собственная жизнь, значимости какой-либо иной ценности

(отрицательное отношение пациента к собственной жизни и чаще положительное к собственной добровольной смерти).

Суицидогенный конфликт (А.Г. Амбрумова, В. А Тихоненко) - наличие двух или нескольких разнонаправленных (разномотивационных) тенденций, одна из которых является актуальной потребностью человека, в данный момент и в данной ситуации, а другая (остальные) - препятствует удовлетворению этой потребности, а результатом такого состояния (следствием его неразрешимости) является формирование суицидального поведения. Различают внутриличностный и межличностный суицидогенный конфликты. При этом межличностный конфликт чаще приводит к осуществлению суицидальных попыток, а внутриличностный - к совершению самоубийств. Выделяют две фазы суицидогенного конфликта:

- **предиспозиционная.** Конфликт для субъекта имеет характер реальности, сопровождается крайне тягостными психическими (психологическими) переживаниями и стремлением его ликвидировать;

- **суицидальная.** Устранение (разрешение) конфликта за счет самоуничтожения субъекта.

Суицидогенные факторы - какие-либо причины, условия или воздействия, вызывающие в качестве этиопатогенетического компонента формирование суицидального поведения.

Суицидология - наука, изучающая теоретический и практический аспекты аутоагрессивной (суицидальной) активности человека.

Суицидологическая интервенция (Е. Shneidman) - мероприятия, лечебная помощь, оказываемая при наличии у человека суицидальных (аутоагрессивных) проявлений и направленная на предотвращение осуществления суицидальных действий.

Суицидологическая превенция – см. профилактика суицидального поведения.

Суицидологическая поственция (Е. Shneidman) - оказание психотерапевтической помощи ближайшему окружению (родственники, друзья) суицидента после осуществления им самоубийства. Вариант профилактики суицидального поведения. Синоним - третичная профилактика суицидального поведения.

Суицидомания - упорное стремление к самоубийству, многократное повторение суицидальных действий, часто носящее характер непреодолимой навязчивости. Встречается как проявление обсессивно-компульсивных расстройств или расстройств влечения. Наиболее характерно для эндогенных психических заболеваний (шизофрения, аффективные психозы), а также психопатий.

Суицидоопасные личностные реакции (А.Г. Амбрумова, В.А Тихоненко) - определенный характер поведения личности с достаточной вероятностью формирования суицидальной активности в ответ на воздействие внешних физических или психических психотравмирующих факторов. Эти реакции характерны как для больных с пограничными психическими расстройствами, так и для психически здоровых лиц. Выделяют следующие типы реакций:

- эгоцентрического переключени. Непосредственно возникающая кратковременная психическая реакция на острый межличностный конфликт. Идеи суицида появляются в сознании внезапно и приобретают непреодолимую побудительную силу. Характеризуется аффективно-суженным состоянием сознания и мышления. Суицидальное поведение носит импульсивный характер. Реализация суицидальных действий быстро приводит к исчезновению суицидальных проявлений и критическому отношению к совершенной суицидальной попытке;

- психалгии. Суицидогенная аффективная реакция с ощущением «душевной боли». По характеру аффекта реакции психалгии подразделяются на тревожные, тоскливые, раздражительные и соматизированные. Для них не характерны трансформация сознания, когнитивной сферы, биологических потребностей и витальных проявлений. Может выявляться сужение мотивационной и коммуникативной сфер личности. Длительность реакции переменна (острый, пролонгированный или перемежающийся типы). Суицидальное поведение направлено на избавление от страдания, часто носит сверхценный характер, высока вероятность рецидивирования суицидальных действий;

- негативных интерперсональных отношений. Суицидогенная личностная реакция, обусловленная наличием тяжело переживаемого межличностного конфликта, является результатом отрицательного отношения к субъекту со стороны значимого окружения. Для нее характерна мучительная сосредоточенность на представлениях и суждениях по поводу резко изменившегося, отрицательного отношения к субъекту высокозначимых для него лиц (доминирование, сверхценность оценки значимости конфликта, выраженная интерперсональная зависимость, «ценностное сужение»). Суицидальное поведение характеризуется длительным пресуицидальным периодом, наличием амбивалентности агрессивных и аутоагрессивных мотивов, часто встречается манипулятивный, демонстративно-шантажный характер суицидальных действий;

- отрицательного баланса. Формирование суицидального поведения как результата рационализации неудовлетворительной оценки «жизненных итогов», часто обусловлено объективным ограничением адаптационных возможностей (преклонный возраст, тяжелое соматическое заболевание). Какие-либо когнитивные нарушения отсутствуют, суждения реалистичны и критичны; сохранено личностное ядро; аффективная напряженность не характерна (так называемый «холодный пресуицид»). Подготовка к суицидальным действиям носит характер тщательного продумывания и планирования. В большинстве случаев они завершаются смертью.

Суицидоопасные непатологические ситуационные реакции (А.Г. Амбрумова) - структурированный ответ психики, суицидально направленный вариант поведения практически здорового человека в психотравмирующей ситуации. Суицидальная опасность таких реакций связана со слабостью адаптационных возможностей человека и их особенностями, сопутствующими дистимическими переживаниями и дефектами прогнозирования. По клиническим проявлениям и динамике подразделяются на реакции:

-эмоционального дисбаланса. Проявляется в виде различных аффективных нарушений (тревога, страх, сниженное настроение), сужения мотивационной сферы и коммуникативных возможностей;

- пессимистические. Проявляется в виде пессимистической оценки настоящего и будущего, нарушений целеполагания (планирования деятельности), склонностью к импульсивным суицидальным действиям;

- демобилизации. Проявляется в резком изменении стереотипов поведения, сужении межличностных контактов;

- оппозиции. Проявляется экстрапунитивной (враждебной) позицией по отношению к окружающим, при которой агрессивные тенденции могут внезапно преобразоваться в аутоагрессивные, однако суицидальные действия осуществляются редко;

- отрицательного баланс. Проявляется в снижении адаптационных возможностей (тяжелое соматическое заболевание) и в обусловленной этим нецелесообразности дальнейшего существования; отсутствует аффективная напряженность; суицидальные действия тщательно продумываются, часто завершаются смертью;

- дезорганизации. Проявляется в виде выраженной тревоги, соматовегетативных проявлений (патологический вариант психологической защиты), нарушении осознания реальности, дезорганизации конструктивной деятельности, в связи с чем являются наиболее суицидоопасными.

Суицидологическая служба – см. организация суицидологической помощи.

Суточные колебания частоты суицидальных действий - увеличение (по данным большинства авторов) количества суицидальных попыток чаще в вечернее время, а самоубийств - в ночные и предутренние часы.

Телефонная психотерапевтическая помощь - неотложная анонимная психотерапевтическая помощь, оказываемая по телефону. Направлена на круглосуточное купирование различных кризисных состояний (в том числе суицидоопасных), разрешение межличностных и микросоциальных конфликтов, психологическую поддержку одиноких лиц. Носит профилактический характер. Осуществляется службой телефона доверия. К преимуществам телефонной психотерапевтической помощи можно отнести: отсутствие пространственно-временной зависимости контакта пациент - психотерапевт; анонимность; возможность прерывания контакта; «эффект ограниченной коммуникации», обусловленный акустическим контактом и вызывающий необходимость вербализации психотравмирующей ситуации.

Теория общих черт самоубийств (E. Schneidman) - определенные особенности, характеристики, описывающие общие черты, свойственные всем формам проявления суицидального поведения и методам реализации суицидальных действий:

- общая цель (поиск решения);
- общая задача (прекращение сознания);
- общий стимул (невыносимая психическая боль);
- общий стрессор (фрустрированные психологические потребности);
- общие суицидальные эмоции (безнадежность, беспомощность);

- общее внутреннее отношение (амбивалентность);
- общее состояние психики (сужение когнитивной сферы);
- общее действие (бегство, агрессия);
- общий коммуникативный акт (сообщение о своем суицидальном намерении);
- общая закономерность (соответствие суицидального поведения общему стилю поведения суицидента).

Теория фрустрации (D. Dollard) - описывает бихевиористские представления о том, что возникновение агрессивного (аутоагрессивного) поведения всегда обусловлено наличием фрустрации (столкновение с более или менее непреодолимым препятствием на пути к удовлетворению какой-либо жизненной потребности). И наоборот - фрустрация потребностей (особенно субъективно жизненно важных) влечет за собой какую-либо форму агрессии (аутоагрессии).

Типология лиц, склонных к самоубийству (E. Schneidman) - это люди, действия которых непосредственно (часто осознанно и преднамеренно) приближают их смерть:

- искатели смерти. Лица, осознанно и преднамеренно совершающие суицидальные действия, при осуществлении которых спасение невозможно или крайне затруднительно;
- инициаторы смерти. Обычно неизлечимо больные люди, осуществляющие в качестве самоубийства действия, которые прекращают оказание помощи и непосредственно приводят к смерти;
- игроки со смертью. Лица, осознанно стремящиеся к неоправданному риску, преднамеренно осуществляющие действия с низкой вероятностью выживания;
- одобряющие смерть. Лица, осознанно заявляющие о желании своей смерти, однако непредпринимающие для этого активных действий.

Уровень самоубийств (суицидальных попыток) - количество случаев самоубийств (суицидальных попыток), выявляемое на определенной территории (в популяции) за определенный промежуток времени и рассчитываемое, как правило, на 100 тыс. жителей. Существуют объективные предпосылки для недостаточного выявления реального количества осуществленных суицидальных действий: самоубийства часто квалифицируются как несчастные случаи; суицидальные попытки часто не фиксируются в связи с тем, что суициденты (при отсутствии осложнений после их осуществления) не обращаются за врачебной помощью.

Факторы суицидального риска - внешние или внутренние стимулы (условия, обстоятельства), не являющиеся этиологическими, но способствующие или непосредственно вызывающие формирование суицидальной активности. Различают социально-демографические (пол, возраст, социальное положение), этнокультуральные (наличие в традициях определенных народностей суицидального поведения как социально приемлемой нормы), социально-экономические (уровень жизни, наличие работы, профессии, семьи), психологические (личностные особенности), специфические (предшествующая суицидальная попытка, наличие

психического или тяжелого соматического заболевания) и другие факторы суицидального риска.

Фокальный суицид - аутоагрессивные действия, целью которых не является добровольная смерть, однако осуществление которых ставит жизнь под угрозу. В литературе описан как «скрытый суицид» (J. Meerlo); «поиск стрессовых ситуаций» (D. Lester); «жизнеугрожающее поведение» (A. Weisman). Может быть осуществлен различными путями: от внезапной смерти и прямых саморазрушающих действий до косвенных поступков, связанных со смертельной опасностью.

Формы суицидального поведения - варианты проявлений суицидальной активности, подразделяются на:

- внутренние формы. Включают этапы антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных замыслов, суицидальных намерений;
- внешние форм. Включают суицидальную попытку, самоубийство.

Шкалирование суицидальной активности - диагностические количественные способы (критерии) оценки выраженности суицидальной активности (вероятность осуществления суицидальных действий, степень тяжести, серьезности совершенной суицидальной попытки и т. д.). Обычно представляют собой набор признаков, преимущественно в форме анкет, характер которых зависит от позиции исследователя. Описаны различные шкалы оценки уровня суицидальной активности: оценки выраженности и динамики суицидального риска (Г.Я. Пилягина) оценки суицидальности, различия истинной и демонстративной суицидальности (А. А Куракин); оценки суицидальных идей и оценки суицидальных намерений, идей (А. Weishaar., А.Т., Векс); степени выраженности пресуицидального синдрома, степени серьезности суицидальных намерений (В. А. Процык). Дополнительными способами такой оценки могут быть традиционно используемые методики оценки выраженности социально-психологической дезадаптации (А. Гасанов, Н.В Агазаде).

Эвтаназия - умышленное оказание определенного содействия человеку в достижении его добровольной смерти. Психологической мотивацией эвтаназии является избавление пациента от тяжести состояния (наиболее характерно для терминальных соматических состояний). Подразделяют на:

- активная эвтаназия. Совершение определенных действий с человеком (введение больному лекарственных или каких-либо других средств, проведение каких-либо мероприятий), приведших к его смерти;
- пассивная эвтаназия. Неосуществление определенных действий по отношению к человеку (не введение лекарственных средств, не проведение лечебных мероприятий), приведших к его смерти. Синоним - ассистированный суицид.

Эгоцентризм суицидента - характерная особенность самосознания, психологической переработки суицидогенного конфликта. Проявляется погруженностью в свои мучительные, самоотрицающие переживания; сужением мотивационной, когнитивной и аффективной сфер рамками психотравмирующей ситуации. Обусловлен инфантильным складом личности,

наиболее часто встречающимся у суицидентов (нестрадающих эндогенными психическими расстройствами).

Экзистенциальный кризис - психологическое состояние утраты смысла жизни, кризис существования. Обусловлен резким изменением (разрушение) образа жизни или внутриличностной картины себя и мира. Различают экономический, политический, семейный, межличностный, внутриличностный варианты экзистенциального кризиса. Является стадией (формой) психической депривации. Обладает высокой суицидальной опасностью. Суицидальные действия при экзистенциальном кризисе обычно истинны, тщательно продумываются, при их осуществлении используются заведомо летальные способы, часто завершаются смертью.

Эпидемиология самоубийств (суицидальных попыток) - статистическая оценка распространенности суицидальных действий на определенной территории за определенный промежуток времени. Синоним - уровень самоубийств (суицидальных попыток).

Эстетическая аура самоубийства (Л.З. Трегубов., Ю.Р. Вагин) - эпифеномен эстетических переживаний, вызванный самоубийством, как суммарный интуитивно обусловленный результат его эмоциональной оценки. Данное понятие объединяет в себе переживания, испытываемые человеком, от гармоничности (дисгармоничности) совершенного суицидального действия со всей его жизнью, а также ощущения меры соответствия случившегося и сложившихся обстоятельств, выбранного способа самоубийства и эстетического образа погибшего.

4.4. База нормативно-правовых документов по профилактике и оказанию помощи населению

При организации и проведения профилактической работы суицидов необходимо руководствоваться соответствующими нормативными правовыми актами, действующими на территории Российской Федерации и Челябинской области.

Предложенные нормативно-правовые материалы носят не только рекомендательный характер, но и способствует созданию целостного представления о важности комплексного межведомственного взаимодействия специалистов, осуществляющих деятельность профилактического, диагностического и реабилитационного характера в области суицидального поведения детей и подростков.

1. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации";

2. Закон РФ от 2 июля 1992 года N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";

3. Письмо Минобразования России от 26.01.2000 №22-06-86 "О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков";

4. Письмо Минобразования РФ от 29.05.2003 N 03-51-102ин/22-03 "О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков";

5. Письмо Минобразования РФ от 27.06.2003 N 28-51-513/16 "О Методических рекомендациях по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования";

6. Приказ Минздрава РФ от 24.10.2002 N 325 "О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях" (вместе с "Положением об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях");

7. Уголовный кодекс РФ, Статья 110. Доведение до самоубийства (с комментариями);

8. Указ Президента РФ от 01.06.2012 N 761 "О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы";

9. Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года";

10. Закон Челябинской области от 28.11.2002 N 125-30 (ред. от 24.04.2014) «О системе профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Челябинской области»;

11. Федеральный закон от 24.06.1999 N 120-ФЗ (ред. от 02.04.2014, с изм. от 04.06.2014) "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних";

12. Письмо Минобрнауки России от 27.02.2012 N 06-356 "О мерах по профилактике);

13. Федеральный закон № 139-ФЗ от 28 июля 2012 года «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»;

14. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»;

15. Приказ Минздрава РФ от 8 апреля 1998 года «О скорой психиатрической помощи»;

16. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.5. Информация о телефонах экстренных служб Челябинской области

Челябинский областной центр защиты «Семья»

Работа службы детского телефона доверия востребована детьми с суицидальными намерениями и членами их семей, переживающих трудную жизненную ситуацию как экстренный помощник в оказании психологической помощи.

Единый номер 8 800 2000 122 введен в РФ с 2010 года.

При популяризации данного вида услуги важно, чтобы специалисты, работающие в этой службе, профессионально организовывали рекламу и создавали рекламную продукцию, которая служит не только мотивирующим инструментом, но и ограничителем в его использовании как «взрослой» и серьезной помощи, а не игры.

В качестве одного из конечного, социально значимого результата деятельности детского телефона доверия является снижение уровня детской аутоагрессии, в том числе уровня суицидов детей и подростков.

Перед Вами две рекламные листовки, разработанные Михайловой А.А. - психологом отделения экстренной линии детского телефона доверия ЧОЦСЗ «Семья».



Телефоны экстренных служб

Служба спасения	051; (351) 263-16-16
Скорая помощь	103
Полиция	102
Телефон доверия УВД	(351) 266-14-14; 265-02-60-02
Служба экстренной психологической помощи	007, (351) 721-19 -21
Кризисный центр с убежищем для женщин и детей ул. Савельская, 36,	(351)-263-51-23; 263-50-95
Кризисный центр с убежищем для женщин и детей ул. Мира 13	(351) -735-02-14; 735-02-18
Бесплатные консультации детского психотерапевта ул. Кузнецова 2А, корпус 6	(351) 269-33-58; 269-73-48
Уполномоченный по правам детей Павлова Маргарита Николаевна ул. Сони Кривой 75 Офис 430, 438.	(351) 737-15-22
Уполномоченный по правам человека Севастьянов Алексей ул. Сони Кривой 75 Офис 430, 438.	(351) 737-15-41
С социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних	(351) 251-47-14
Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав	
Городская - 263-69-42; 263-66-28	Курчатовского района (351) 742-86-49
Калининского района (351) 791-98-55	Тракторозаводского района (351) 775-30-60
Ленинского района (351) 256-54-37	Металлургического района (351) 735-70-65
Советского района (351) 237-43-31	Центрального района (351) 263-85-17
Кафедра детской и подростковой психиатрии и медицинской психологии Уральной государственной медицинской академии дополнительного образования (УГМАДО)	(351) 269-73-50
Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1	(351) 262-67 36;
Областной центр диагностики и консультирования для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи	(351) 232 00-57
Комплексный социальный центр по оказанию помощи лицам без определенного места жительства	(351) 734-56-04

4.5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Суицидальные попытки и самоубийства, как экстернальная трансформация детской травмы могут формироваться в любом возрасте, начиная с пятилетнего. Мы придерживаемся точки зрения, что суицидальное поведение детей и подростков есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта, особенно семейного конфликта. Оно выступает как суммарный результат психотравмирующих обстоятельств жизни детей и подростков, деструктивных способов реагирования на них, поэтому суицидальный риск может быть диагностирован по параметрам дезадаптации и по наличию не только непосредственных показателей, но и эмоциональных нарушений в личности, подростковых акцентуаций, антивитальных переживаний и конфликтов в значимой сфере.

Главным объектом фрустрации (психической травматизации) в детстве являются девиантные детско-родительские отношения. Искаженные детско-родительские отношения «заставляют» личность ребенка развиваться в ситуации хронического несоответствия собственных поступков родительским установкам, превращаясь в «патологическое» приспособление и становясь предиктором суицидогенеза в будущем. В качестве основных форм детско-родительских взаимоотношений как предикторов суицидогенеза выступают эмоционально-зависимые отношения, ригидные перфекционистские родительские установки и нарушения поведенческих ролей отца и матери. Очередное психотравмирующее воздействие как пусковой момент порождает непреодолимое желание разрушить непереносимые субъективные эмоциональные переживания уничтожением себя.

Индикаторами в диагностике антисуицидального поведения выступают стабильность внутреннего мира подростков, адаптация и умение противостоять ситуациям кризиса и трудным ситуациям (копинг-стратегии), осуществляя правильный экзистенциальный выбор, направленный не на саморазрушение, а на жизнь. Самоубийство воспринимается детьми и подростками как более желательный и менее «энергозатратный» способ приспособления, чем другие, конструктивные формы преодолевающего поведения.

Диагностика и оценка суицидального риска и намерений является базовым профессиональным навыком специалистов социальной сферы. Суицидальные действия детей и подростков представляют собой один из вариантов поведенческих реакций в ситуациях психологической дезадаптации, для которой характерно проявление широкой гаммы переживаний. От эффективности диагностики, оценки и профессионального заключения специалистов зависит жизнь детей и подростков.

Статистическая единица ESSPROS представляет собой схему услуг в рамках системы социальной защиты населения. В этой системе

одно из направлений, которое прямо связано с соответствующими социальными услугами – социальная поддержка семьи, детей и материнства.

Диагностическая функция социальной услуги решает вопрос о выявлении объективных проблем семьи и ребенка в ней, оценивает их, проводит анализ, определяет методы их разрешения. Предоставляемые субъектам социальные услуги в диагностике суицидального риска и намерений выполняют две функции: диагностическую-профилактическую и диагностико-коррекционную. В деятельности ЧОЦСЗ «Семья», в стационарном отделении функции диагностики расширяются: адаптационная, реабилитационная, сопровождающая и патронажная.

Несмотря на то, что уже давно оформилось научное направление «Суицидология» именно диагностике суицидального поведения не уделяется достаточного внимания, в чем нуждаются практики-специалисты. Методический инструментарий предлагается почти в каждом пособии, посвященном суициду, но обоснования подбора методик не дается (В.С. Ефремов, И.А. Погодин, П.И. Юнацкевич и др.). Еще интереснее, когда дается обзор методик, которых, просто невозможно найти в российских работах (Т.С. Павлова) или отсутствие возможности бесплатного использования методики М.В. Зотова «Сигнал» (отсутствие стимульного материала). При разработке пособия мы столкнулись и с другими проблемами, которые мы не можем разрешить, и на которые необходимо обратить внимание ведущих российских суицидологов:

- нет разделения в диагностике на медицинский (клинический) и психологический инструментарий;
- нет разграничения (по признакам-показателям) в субъективных опросниках направленных на исследование риска, намерений, поведения (методологические трудности);
- нет выхода в интернете и в опубликованной литературе сведений о надежности, валидности и стандартизованности методик и опросников, которые в различном сочетании прилагаются в приложениях методических пособий;
- отсутствует практический (описательный) аспект в использовании диагностического инструментария в практике коррекционной работы.

В методическом пособии « Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков» мы теоретически обобщили диагностическую функцию в работе с суицидальным поведением детей и подростков; сделали попытку комплексно собрать доступный для специалистов социальной сферы диагностический инструментарий; все собранные диагностики для удобства использования по многосторонним параметрам, месту нахождения и истории разработки систематизировали в таблицы; описали практику работы с детьми и подростками в ЧОЦСЗ «Семья»; собрали информативный материал для качественного

проведения диагностики, написания заключения, межведомственной согласованности в деятельности субъекта РФ «Челябинской области».

За рамками методического пособия остались вопросы, связанные с совершенствованием социально и психолого-педагогической диагностики суицидальной активности детей и подростков; широкого обмена опытом диагностической работы в различных формах и методах коррекционной работы.

4.6. ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Бурлакова Н.С. О новых возможностях и перспективах развития проективного исследования// Вестник Московского Ун-та. Сер 12. Психология, 2008, №4.- С. 3-19.
3. Вагин И.Н. Психология жизни и смерти. - СПб.: Питер, 2001.- 143 с.
4. Вагин Ю.Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. - Пермь, 1999. - 103 с.
5. Гуревич К.М, Горбачева Е.И. Проблемы развития современной психологической диагностики// Вопросы психологии.- 2006, № 2.- С. 14-22.
6. Ефремов В.С. Основы суицидологии. - СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480.
7. Завражин С.А., Жукова Н.В. Исследование отношения к жизни и смерти у подростков с нарушением интеллекта// Вопросы психологии.- 2006, № 2.- С. 58-67.
8. Королева З. Познай себя. 100 графических тестов.- М.: Эксмо-Пресс, 2002.- 208 с.
9. Костромина С.Н. Структурно-функциональная организация психодиагностической деятельности специалистов образования: Автореферат. Д-ра псих. наук, Санкт. - Петерб, 2008. - 51 с.
10. Лаврикова Н.Н. Молодежь: отношение к смерти// Социологические исследования.- № 4, 2001.- С. 134-135.
11. Лидерс А.Г. Общие правила диагностического обследования детей, подростков и взрослых с помощью стандартизированных и клинических психодиагностических методик//Журнал практического психолога, 2006, №6.- С.167-175.
12. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
13. Никишина В.Б, Василенко Т.Д Психодиагностика в системе социальной работы.- М.: «ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004.- 208 с.
14. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. - 319 с.
15. Павлова Т.С. Диагностика риска суицидального поведения и подростков в образовательных учреждениях // Современная зарубежная психология, 2013.- № 4.- С 79-91.

16. Пакулина С.А. Защитно-преодолевающий комплекс и его последующая динамика в процессе приспособления-обособления подростка /С.А. Пакулина/ На пороге взросления: Материалы третьей Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития, МГППУ, 2011 - 23-25 ноября.– С. 154-155.
17. Психология состояний. Хрестоматия/Под ред. А.О. Прохорова.- М.: ПЕР СЭ.- СПб: Речь, 2004.- 608 с.
18. Сакович Н.А. Технология игры в песок. Игры на мосту. - СПб.: Речь, 2006.- 176 с.
19. Семаго Н. , Семаго И. Методы, подходы, оценки.- Школьный психолог, 2004.- № 7. - С 14-17.
20. Соколова Е.Т. Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс// Вопросы психологии.- 2006, №2.- С. 103- 115.
21. Степанов С. Кляксы и химеры// Школьный психолог, 2006.- № 12.- С 6-9.
22. Гишинский Я. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. – 520 с.
23. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия.- М.: Когито - Центр, 2005. - 375 с.
24. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учеб. пособие / И. А. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебно-методический комплекс. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. - 249 с.
25. Фрейд, А. Психология «Я» и защитные механизмы / А. Фрейд. – М.: Педагогика-Пресс, 1993. – 140 с.

4.8. ПРИЛОЖЕНИЯ

Прилагаются четыре приложения к главе «Психодиагностическая практика работы ЧОЦСЗ «Семья» по профилактике и коррекции суицидального поведения:

- Приложение 1. Буклет, разработанный специалистами информационно-методического отдела в 2014 году
- Приложение 1. Форма 1. Отчет о профилактической работе с территорией Челябинской области по запросу УСЗН.....
- Приложение 1. Форма 2. Планирование по запросу уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области
- Приложение 1. Форма 3. Заключение по запросу уполномоченного по правам ребенка в Челябинской области
- Приложение 1. Форма 4. Форма индивидуальной реабилитационной карты ребенка

Приложение 1. «Буклет, разработанный специалистами организационно-методического отделения в 2014 году» (С. 195).



Челябинский областной
Центр социальной защиты
«Семья»

Суицид – героизм или слабость?



(для родителей подростка)

Что такое суицид?

Это вирус, словно грипп!

Это свет, рожденный бредом?

Или может быть победа?

Суицид – героизм или слабость, или

нервно потрясенные сны?

Есть скажите у кого-то храбрость

скрыть его причастности нары?

Можно долго рассуждать о многом,

осуждать, оправдывать, корить,

Но не высказать высоким слогом, что

пораело то нехвостуюнить?

Характерные признаки распознавания суицидального риска подростка:

Внешний вид: пренебрежение

аккуратностью в быту, отказ от личных вещей, физическая непривлекательность.

Тоскливое выражение лица, тихий

монотонный голос, краткость и отсутствие

ответов, склонность к нытью,

двигательная заторможенность или

возбуждение.

Изменения в познавательной сфере:

искаженное восприятие времени,

преувеличивают экстренность ситуации.

Эмоциональные нарушения:

интенсивные отрицательные эмоции:

скука, уныние, угнетенность, мрачная

угрюмость, ворчливость, зависть к

благополучно окружающим, гревомность,

бесчувствие, ожидание непоправимой

беды, страх, тоска как постоянный фон

настроения, беспомощность и

бездельность, улучшение или ухудшение эмоционального состояния к вечеру.

Словесные признаки: прощание,

уверения в беспомощности и зависимости

от других, разговоры или шутки о желании

умереть, сообщение о конкретном плане

суицида, самообвинение, двойственная

оценка значимых событий, разговоры о

воссоединении с тем, кто уже умер.

Типичные фразы: «Я решил покончить с

собой».

- «Жизнь ужасна», «Всем все равно»

- «Выхожу из игры. На доело!»; «Сколько

можно! Больше не могу!»

- «Лучше умереть!»

- «Пожил – и хватил!»

- «Ненавижу свою жизнь, всех и всё!»

- «Единственный выход – умереть!»

- «Больше ты меня не увидишь!», «Вам не

придется больше обо мне беспокоиться»

- «Если мы больше не увидимся, спасибо

за всё».

Оценка собственной жизни: подросток не

видит положительное, пессимистически

оценивает прошлое и настоящее,

избирательно вспоминает неприятные

события, отсутствуют перспективы

будущего.

Личностные нарушения: искажение

образа «Я»: занижена самооценка

личностных возможностей.

Взаимодействие с окружающими:

нелюдимость, избегание или стремление к

контактам, поиск сочувствия, апелляция к

Челябинск 2014

врачу за помощью; эгоцентрическая направленность на свои страдания.

Телесные нарушения: слезливость, расширение зрачков, сухость во рту, ощущение стесненного дыхания или кома в горле, нехватка воздуха, головные боли, бессонница, повышенная сонливость, снижение аппетита, нарушение менструального цикла.

Проявление депрессии: печальное настроение, чувство усталости, нарушения сна, неусидчивость, фиксация внимания на мелочах, замкнутость, рассеянность внимания, непослушание, злоупотребление алкоголем или наркотиками, плохая успеваемость, прогулы в школе.

Поведенческие признаки: внезапные изменения в настроении, склонность к неоправданно рискованному поведению, расставание с дорогими вещами или деньгами, приобретение средств для совершения суицида, подведение итогов, приведение дел в порядок, приготовление

Рекомендации для родителей

- 4.5. Будьте внимательны к признакам депрессии и стресса у подростка.
- 4.6. Не считайте, что он не способен решиться на самоубийство.
- 4.9. Будьте внимательным слушателем.
- 4.10. Не предлагайте неоправданных утешений.

к уходу, выполнение дел, которые раньше откладывались.

6. Не спорьте, сталкиваясь с суицидальной угрозой подростка.

7. Оцените степень риска самоубийства.

8. Не оставляйте подростка одного.

9. Обратитесь за помощью к специалистам (психологу, социальному педагогу, священнику).



Уважаемые родители, не оставляйте подростка в ситуации высокого суицидального риска!

- 4.7.
- 4.8. Установите заботливые отношения

Возможно, Вам придется позвонить, или обратиться на сайт

Помните, что поддержка складывается на Вас определенной ответственностью.

Единый телефон доверия для детей, подростков и их родителей
8 800 2000 122

БЕСПЛАТНО, КРУГЛОСУТОЧНО

Телефон доверия
007, (351) 721 19 21
С 8-00 до 20-00
(бесплатно для г. Челябинска)

E-mail: rostok_shkola@mail.ru;
Сайт: www.semva-centr.ru

т.: 8 (351) 722-67-84 (тел. Факс) - приемная
т.: 8(351) 721-62-10 - специалисты

ЦОЦСЗ «Семья» и детский телефон Доверия. Задавайте вопросы и принимайте помощь.

454047 г. Челябинск,
Ул. Жуклова, 44 б,

Тел. (351) 721-95-50,
721-62-10

Форма отчета профилактической работы
с территорией Челябинской области по запросу УСЗН.

Комплексная работа по профилактике
суицидального поведения подростков ЧОЦСЗ «Семья».

Отчет

о профилактической работе отделения выездной консультативной службы
по проблеме суицидального поведения среди подростков
по запросу УСЗН _____ района Челябинской области (апрель 2014 года)

По запросу УСЗН _____ р-на, Челябинской области «__» _____ 2014 года,
группа специалистов (9 человек) ЧОЦСЗ «Семья» провели профилактическую
работу по проблеме суицидального поведения в МОУ СОШ № __.

Были проведены следующие запланированные мероприятия:

1. Индивидуальное консультирование, работа с суицидальными намерениями. Семейное консультирование по профилактике суицидального поведения подростков.
2. Психологическая диагностика учащихся 8а класса
3. Индивидуальное консультирование администрации школы.
4. Групповая консультация педагогического состава школы по вопросам выявления причин и профилактики суицидального поведения.
5. Круглый стол по результатам работы.

1. Индивидуальное консультирование, работа с суицидальными намерениями. Семейное консультирование по профилактике суицидального поведения подростков.

Проведены три индивидуальные консультации:

- Д.Е., 15 лет, учащаяся 8«А» класса. Зимой 2014 года, девочка подверглась физическому насилию группы несовершеннолетних подростков (девочек), и в конце декабря совершила парасуицид. В течение трех недель она находилась в отделении реадaptации для детей, переживших трудную жизненную ситуацию, где прошла курс психологической реабилитации по проработке психотравмы. Бабушка девочки оценила результаты психокоррекции в стационарном отделении ЧОЦСЗ «Семья» следующим образом: поведение сильно изменилась, внучка стала более уверенной, повысилась самооценка, появились жизненные цели, о которых она говорит, установились доверительные отношения с бабушкой. По результатам психологической диагностики выявлено, что в постреабилитационном периоде у девочки отсутствуют признаки суицидальных намерений.

- С.А., 14 лет, ученица 8«А» класса МОУ СОШ № __. Девочка совершила суицидальную попытку, вместе с подружкой. В ходе беседы девочка на контакт пошла не сразу, некоторое время держалась настороженно и

отстраненно. Выявлено отсутствие интересов, стремлений, целей в жизни, нарушены детско-родительские отношения. При выполнении упражнения «Линия жизни» девочка обозначила наиболее важные события своей жизни, свои мечты и цели на будущее. Словесно она выражает негативное отношение к суицидам и дает оценку случившемуся, но, в очень социально желательной формулировке «Не будет совершать подобного», а по результатам диагностики определяется суицидальная направленность в поведении. В ходе беседы ей была предоставлена возможность отработать трансформацию желания в цель различными способами достижения цели.

- Я.Д., ученица 6 «А» класса МОУ СОШ № __. В ходе индивидуальной консультации у девочки выявлено несколько признаков-причины совершения парасуицида: потеря смысла жизни, отсутствие интересов, стремлений, целей, нарушение детско-родительских отношений. Доминирующей чертой характера является конформизм, то есть повышено стремление подражать окружающим, идти у них на поводу.

2. Психологическая диагностика учащихся 8а класса

Психодиагностический инструментарий:

1. Проективная методика «Человек»
2. Проективная методика «Человек под дождем».
3. Проективная методика «Дождь в сказочной стране».
4. Проективная методика «Несуществующее животное».
5. Личностная шкала проявления тревоги Дж. Тейлора (дополнен В.Г. Норакидзе).
6. Диагностика выявления суицидальных наклонностей.

В психологическом исследовании участвовали 23 учащихся 8 «А» класса МОУ СОШ № 12. Девочек и 11 мальчиков.

В ходе проведения диагностики в классе, где совершена суицидальная попытка, были выявлены следующие особенности:

- средний уровень тревожности с тенденцией к высокому уровню;
- высокие показатели по шкалам «Отношения с окружающими»; «Противоправные действия», «Школьные проблемы», «Проблемы выбора».
- симптомокомплекс показателей, выявленных по проективным методикам составляют: тревожность; агрессивность; сексуально агрессивное поведение; враждебность; страхи; нарушение детско-родительских отношений; нарушение полоролевой идентификации; в ситуации стресса стремление к мужскому типу поведения у девочек; неадекватная самооценка; отсутствие чувства защищенности и безопасности, отсутствие опоры; демонстративность; склонность обращать на себя внимание окружающих; стремление к зрелости; устойчивая тенденция к деятельности; речевая активность; устремленность в будущее, способность к адаптации; устойчивость к воздействию стрессовых ситуаций.

По результатам диагностики выявлены семь учащихся, которым необходима социально-психологическая помощь и поддержка со стороны специалистов образовательного учреждения (психолога, социального педагога).

- Ш.А. Ярко выражена агрессивность, присутствует чувство собственной малоценности, неудовлетворенности, преобладает сильная озабоченность отношениями с другими, своим внешним видом, наблюдается агрессивная психологическая защита против насмешек, непризнания, боязнь осуждения, занижена самооценка, снижена уверенность в деятельности и социальных отношениях, страх, высокий уровень тревожности, восприятие окружающей среды враждебное, стратегия в трудных жизненных ситуациях – избегание; низкий уровень адаптации.

- Б.В. Высокий уровень тревожности, склонность умалчивать, не делиться своими трудностями, трудности адаптации в стрессовых ситуациях, склонность к депрессии, отсутствие внутреннего ресурса, направленность на прошлый опыт, вербальная агрессия, наличие суицидального риска.

- М.С. Высокий уровень тревожности, аутоагрессивные тенденции, регрессия в прошлый опыт, нарушение поло-ролевой идентификации, неадекватная самооценка.

- Г.В. Высокий уровень тревожности, неадекватная самооценка, демонстративность, склонность к деструктивному поведению, стремление к аутоагрессивным тенденциям.

- Ш.Е. Склонность к деструктивному и аутоагрессивному поведению, демонстративность, избирательность общения, склонность подавлять эмоции, отсутствие жизненных целей, нарушены детско-родительские отношения.

- П.Е. Демонстративность, неустойчивая жизненная позиция, высокий уровень тревожности, вербальная агрессия, повышенный интерес к сексуальной сфере, нарушение детско-родительских отношений с матерью.

- В.Е. Склонность к физической агрессии, неадекватная самооценка (невротический тип), неустойчивая жизненная позиция, чувствительность к критике, избирательность общения, демонстративность, вербальная агрессия, проблемы контроля собственного поведения, деструктивные тенденции, возможно – пережитое насилие.

3. Индивидуальное консультирование администрации школы.

П.С. В. 55 лет, педагог, класный руководитель, в котором учатся Д.К. и А.С. Заявленная проблема: С.В. чувствует свое бессилие в ситуации с А. С., так как не видит изменений. Состояние Д.К. на данный момент оценивает как нормальное. Специалистом ЧОЦСЗ «Семья» даны рекомендации по развитию умения устанавливать контакт с учащимися, навыкам эффективного общения, регуляции эмоционального состояния.

- Ч.Н.А. психолог школы. Заявленная проблема: беспокойство и растерянность в связи с произошедшей ситуацией. Специалистом ЧОЦСЗ «Семья» даны практические рекомендации по методам и содержанию профессиональной работы с подростками по профилактике суицидального поведения и информация для прохождения личной терапии.

- И.В. 47 лет, директор школы. Заявленная проблема: отношения с ГОРОНО. В ходе консультации проведен психологический анализ конфликтного взаимодействия с ГОРОНО. Определены ресурсные

возможности адаптационного периода в должности директора. Даны рекомендации по приемам регуляции эмоционального состояния.

4. Групповая консультация педагогического состава школы по вопросам выявления причин и профилактики суицидального поведения.

В групповой консультации педагогического состава школы приняло участие 19 учителей, социальный педагог и педагог-организатор.

На консультации в дискуссии особое внимание было уделено следующим вопросам:

- какими бывают причины суицидального поведения детей;
- как распознать суицидальные намерения и тенденции в поведении детей;
- какие существуют методы, приемы и средства профилактики суицидального поведения.

За круглым столом обсуждался вопрос координации в организации профилактики суицидального поведения среди подростков «семья-школа».

**План работы специалистов
ЧОЦСЗ «Семья»**

Утверждено
Начальник УСЗН
_____ района

Утверждено:
Директор ЧОЦСЗ «Семья»

**План работы
специалистов ЧОЦСЗ «Семья»
отделение выездной консультативной службы и
профилактики негативных явлений в семье
в _____ районе**

« ____ » _____ 201__ г.

Цель: оказание комплексной социально-психологической помощи педагогическому составу, учащимся и их родителям _____ МОУ СОШ _____ района на основании заявки УСЗН от _____.201__ г № _____.

Состав специалистов:

- Психолог _____
- Психолог _____
- Психолог _____
- Психолог _____
- Психолог _____
- Психолог _____

Содержание работы:

Время	Группа	Специалист	Мероприятия	Кол-во и категория участников
10.00-11.30	1*	Ф.И.О.	Тренинговое занятие по формированию отрицательного отношения к формам прервращения жизни: "Жизнь и смерть"	Подростки (20 человек)
10.00-12.00	2*	Ф.И.О.	Психологическая диагностика «Суицидальный риск»	Подростки (9 человек)
13.00-16.00	2*	Ф.И.О.	Психологическая индивидуальная консультация по утрате близкого родственника	Опекуны девочки
10.00-14.00		Ф.И.О.	Индивидуальная консультация руководящего состава	Администрация школы
16.00-18.00		Ф.И.О.	Групповая работа с элементами лекции: "Профилактика суицидального поведения в детской среде"	Родители учащихся школы (100 человек)
10.00-15.00		Ф.И.О.	Индивидуальное консультирование по вопросам профилактики суицидального поведения	Специалисты, родители, замещающие родители, учащиеся (2-3 человека)
16.00-18.00		Ф.И.О.	Групповая консультация: "Работа со страхами" (снятие эмоционального напряжения).	Родители класс (25 человек)
15.00-18.00		Ф.И.О.	Групповая консультация: "Профилактика суицидального поведения в детской и подростковой среде"	Педагогический состав (25 человек)
16.00-18.00		Ф.И.О.	Индивидуальное консультирование по вопросам профилактики суицидального поведения	Специалисты, родители, замещающие родители, учащиеся (4 человека)
18.00-19.00			Круглый стол: подведение итогов работы	Специалисты УСЗН, ЧОЦСЗ "Семья"

Примечание: 1* - состав одной из групп;

Зам. директора ЧОЦСЗ «Семья»
тел./факс (8-351) 722-67-84

Бурая Е.В.

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ «СЕМЬЯ»

Областное государственное казенное учреждение
454047, г. Челябинск, ул. Румянцева, 19-а, т. 722-67-84

исх. _____ от _____

Начальнику УСЗН
_____ района
_____ Ф.И.О.

Уважаемый (ая) _____!
(имя и отчество)

В ответ на Ваш запрос № _____ от _____.201__ г. об оказании психолого-педагогической помощи подросткам и их родителям, опекунам и приемным родителям, педагогам _____ МОУ СОШ _____ района, в связи с трагическим случаем, происшедшим с ученицей старших классов (_____ .19__ г.р.) сообщаем Вам, о том, что 04 февраля 2014 года для работы в Остроленской МОУ СОШ Нагайбакского района был организован выезд специалистов ЧОЦСЗ «Семья» в составе:

- психолог И.С. Иванов
- психолог П.И. Петров
- психолог С.П. Сидоров
- психолог _____

Психолого-педагогическая работа осуществлялась согласно утвержденному плану директором ЧОЦСЗ «Семья» А.В. Дягилевой и начальником УСЗН _____ района _____:

- групповая психолого-педагогическая диагностика учащихся МОУ СОШ;
- тренинг формирования отрицательного отношения к формам прекращения жизни с учащимися МОУ СОШ;
- индивидуальное консультирование приемных родителей по проблеме утраты близкого родственника;
- индивидуальное консультирование администрации МОУ СОШ;

- групповая консультация педагогического коллектива;
- групповая консультация для родителей МОУ СОШ.

В психолого-педагогическом обследовании использовались следующие методы психологической диагностики: тестирование, включенное наблюдение, анкетирование, беседа и методы коррекционно-профилактической работы: индивидуальное и групповое консультирование, тренинг.

Комплексная психолого-педагогическая помощь оказывалась следующим категориям граждан: учащимся (16 человек), родителям (35 человек), педагогическому составу (28 человек) и семье пережившей трагедию (опекунам _____).

1. В работе с опекунами _____ выяснилось: девочка воспитывалась в замещающей семье в течение 10 лет после смерти родителей.

_____ (опекунам), _____ (кровному сыну приемных родителей) была проведена индивидуальная консультация по проблеме утраты близкого родственника. Близкие родственники находятся в состоянии отрицания факта потери, нарушен контакт с внешней реальностью и внутренними переживаниями. В ходе консультирования психологом были использованы техники направленные на переживание всех сложных чувств и выражение эмоций, которые сопутствуют утрате.

С целью последующей проработки травмирующей ситуации, приемным родителям необходимо пройти курс индивидуальной психотерапии.

2. С учащимися МОУ СОШ была проведена психолого-педагогическая диагностика, с использованием методики «Опросник суицидального риска (ОСР) А. Г. Шмелёва».

По результатам психологической диагностики среди учащихся школы высокий уровень сформированности суицидальных намерений не выявлен.

У одного старшеклассника наблюдается высокий показатель по фактору «демонстративность», то есть у него присутствует желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания.

Фактор «аффективность» соответствует норме у 14 учащихся. У двух старшеклассников эмоции доминируют над контролем в оценке психотравмирующей ситуации.

По фактору «уникальность» диагностируются средние показатели у 15 учащихся, что говорит об умении использовать свой и чужой жизненный опыт (ресурс) в трудной жизненной ситуации.

По фактору «социальный пессимизм» 8 старшеклассников имеют отрицательную концепцию окружающего мира, то есть они социально пассивны.

Большинство учащихся, показывают возможность конструктивного планирования будущего и имеют высокий показатель наличного уровня «антисуицидального фактора». Однако у четырех учащихся по фактору «культ самоубийства» диагностируется подмена ценностей жизни и смерти, а также аффективная фиксация на жизненных неудачах.

Таким образом, по результатам диагностики и включенного наблюдения за учащимися в процессе проведения тренингового занятия «Жизнь и смерть» определяется несколько направлений последующей профилактики суицидального поведения среди учащихся МОУ СОШ:

- индивидуальная работа педагога-психолога и социального педагога с учащимися группы риска;

- коррекционная работа с учащимися направленная на обучение стратегии социальной поддержки в социально-психологическом тренинге «Ценности жизни и смерти».

3. В групповой работе (лекция «Профилактика суицидального поведения в детской среде» и групповой консультации «Работа со страхами») приняло участие 28 родителей учащихся школы. В процессе общения с участниками группы обсуждались актуальные вопросы суицидального поведения: антивитаальные установки, отношение «близкого» социума включенного в ситуацию, пути разрешения и выхода из сложившейся ситуации.

По результатам анкетирования наблюдается повышенное эмоциональное напряжение, соответствующее признакам постсуицидального периода.

- так, на вопрос анкеты о том, «Что такое суицид?», большинство родителей отметили вариант ответа – «самоубийство». Три родителя отметили варианты: «психическое заболевание» и «насильственный уход из жизни»;

- на вопрос «Считаете ли Вы, что человек имеет право сам расстаться с жизнью?», все родители ответили отрицательно;

- на вопрос о том, «Что может помочь в решении этой проблемы?», подавляющее большинство родителей отметили варианты: «консультация психолога или психиатра», «разговор внутри семьи» и комплексная помощь.

В ходе проведения групповой работы психологом ЧОСЦЗ «Семья» отмечена положительная динамика паттернов поведения родителей в изменении отношения к суициду. Поэтому при условии дальнейшей профилактической работы, организованной специалистами, возможна стабилизация эмоционального фона.

4. В групповой консультации «Профилактика суицидального поведения в детской и подростковой среде» с педагогическим составом и специалистами УСЗН _____ района приняло участие 22 человека. Обсуждались причины и конкретные признаки возникновения суицидального поведения, факторы, препятствующие его появлению, стратегии поведения в отношении суицидального поведения подростков и профилактика суицидов.

5. В ходе индивидуального консультирования администрации МОУ СОШ, первоначально была организована работа с их чувствами и эмоциональным состоянием, а затем с оценкой трагической ситуации и возможностями проведения социально-психологических мероприятий коррекционного характера.

Таким образом, по результатам проделанной работы рекомендуем:

1. Опекунам девочки (Ф.И.О. опекунов) для улучшения психоэмоционального состояния целесообразно пройти курс индивидуальной психотерапии по месту жительства или у психологов на базе ЧОСЦЗ «Семья».

2. Организовать проведение индивидуальной коррекционной работы среди учащихся группы риска, направленной на стабилизацию эмоционального состояния.

3. Считаю необходимым, продолжить профилактическую работу по своевременному предупреждению суицидальных попыток среди учащихся школы с учетом разработанных и предоставленных ЧОЦЗ «Семья» методических материалов для психолога МОУ СОШ (Приложение ____).

Челябинский областной центр социальной защиты «Семья» готов оказать методическую помощь администрации МОУ СОШ посредством он-лайн консультирования, выездной консультативной службы, областного семинара, индивидуального консультирования, электронной почты.

Директор ЧОЦЗ «Семья»
Зам. директора

А.В. Дягилева
Е.В. Буряя

Психолог
Психолог
Психолог
Психолог

Ф.И.О
Ф.И.О
Ф.И.О
Ф.И.О

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЧЕЛЯБИНСКОЙ
ОБЛАСТИ

Челябинский областной центр социальной защиты «Семья»
Индивидуальная реабилитационная карта ребенка № ____
(отделение реабилитации)

Ф.И. _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Диагноз _____

Дата поступления-выбытия _____

Сведения о родителях
(мать, мачеха, опекун)

Ф.И.О. _____

Место работы, телефон _____

Образование _____

Отец (отчим, опекун)

Ф.И.О. _____

Место работы, телефон _____

Образование _____

Другие члены семьи, непосредственно проживающие с ребенком
Ф.И.О., степень родства, возраст, род занятий _____

Место работы, телефон _____

Образование _____

Семья:

Полная, неполная, многодетная, опекаемая, приемная, другое ____

Общая характеристика жилья

Ребенок посещал (краткие сведения):

Школу, класс _____

Краткая характеристика семьи: _____

Проблема, с которой ребенок поступил _____

Первичные наблюдения (социальный педагог) _____

Психическое состояние ребенка на момент поступления (психолог)

Первичные наблюдения _____

Социально-психолого-медико-педагогический консилиум

№ ____ от ____ марта ____ 2012

Проблемы, выявленные ребенка по результатам ПМПК

1. Социальный педагог _____

2. Психолог _____

3. Психотерапевт _____

4. Воспитатели _____

Программа психологической реадaptации

Содержание индивидуальной коррекционной работы (формы методы сфера воздействия)

1. Психолог _____

2. Психотерапевт _____

Социально-педагогическая реабилитация

Содержание коррекционной работы (формы методы сфера воздействия)

Социальный педагог _____

Рекомендации по профессиональной ориентации для подростков _____

Рекомендации воспитателям и другим специалистам по работе с ребенком

Программа социально-воспитательной реадaptации (воспитатели)

Программа профессионально-трудовой реабилитации

Социальный педагог (формы, содержание работы) _____

Рекомендации _____

Воспитатели

Результат _____

Рекомендации _____

Психотерапевт _____

Результат _____

Рекомендации _____

Заключение _____

Специалисты (ФИО, подписи)