

юнисеф 
для каждого ребенка



ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Минск 2021

Громова, И.А., Олифинович, Н.И. Профилактика суицидального поведения подростков

Рецензенты:

Дроздова Наталия Валерьевна, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой проектирования образовательных систем ГУО «Республиканский институт высшей школы».

Лобанов Александр Павлович, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры возрастной и педагогической психологии УО «Белорусский государственный университет имени Максима Танка», профессор кафедры проектирования образовательных систем ГУО «Республиканский институт высшей школы».

В настоящем пособии представлена не только теоретическая информация об аспектах суицидального поведения, но и материалы, предназначенные для практической работы психологов и специалистов смежных специальностей. Практические материалы могут быть использованы в работе с детьми и подростками для выявления факторов риска, планирования и реализации коррекционных занятий, для организации деятельности по профилактике суицидального поведения. Также в пособии представлен информационный блок для образовательной работы с родителями и учителями.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	3
ВВЕДЕНИЕ	5
ПОНЯТИЕ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ	6
Определение суицида и его составляющих	6
Общие черты суицидального поведения	9
Отношение к смерти в детском и подростковом возрасте	9
Половые различия в проявлении суицидального поведения	10
Причины детских и подростковых суицидов.	11
Факторы риска суицидального поведения.	13
Факторы, снижающие риск суицидального поведения	17
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ	18
Памятка родителям	18
Как родитель может заметить депрессию у ребенка	18
Опасные последствия подростковой депрессии	19
Как заметить признаки того, что у подростка есть риск суицида.	20
Признаки суицидального поведения.	21
Что может сделать родитель, чтобы предотвратить самоубийство подростка	23
Памятка о предупреждении насилия в родителско-детских отношениях	24
Рекомендации родителям по формированию у ребенка способности справляться с возникающими трудностями	24
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛАССНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, УЧИТЕЛЕЙ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ.	26
Рекомендации для работников школ	27
Как вести себя с учащимися с суицидальным поведением в школе.	29
Основные векторы, на которые стоит обратить внимание при разработке профилактических мероприятий	30
Суицид: факты и мифы.	31
Кинологии как форма работы с родителями, педагогами и учащимися	32
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	36
Шкала депрессии Бека	36
Шкала депрессии М. Ковач.	38
Опросник для определения вида одиночества (С.Г. Корчагина)	43
Опросник	45
Тест СДП (Э.В. Леус)	45
Методика «Карта риска суицида»	49
«Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта» (ШПАНА) (адаптация методики PANAS Е.Н. Осиным)	51
Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона	52
Прогностическая таблица риска суицида у детей и подростков (А.Н. Волкова)	53
Методика диагностики самочувствия, активности и настроения (САН)Стандартизированное наблюдение школьной адаптации	54
Стандартизированное наблюдение школьной адаптации	55
Опросник «SACS» (С. Хобфолл)	57
СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ	63
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	71

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время саморазрушающее поведение стало актуальной проблемой любого общества. Саморазрушающее поведение представляет собой диапазон разнообразных аутоагрессивных и аутодеструктивных действий от минимальных, с точки зрения опасности для здоровья человека, до крайне опасных для жизни. Один из таких видов поведения – суицид.

Во всем мире в последние десятилетия фиксируется возрастание различных форм суицидального поведения у подростков и молодежи. Количество самоубийств среди этой возрастной группы увеличивается с каждым годом. Данная категория является группой наиболее высокого риска вне зависимости от социально-экономического развития страны. Победив голод, болезни, многие социальные проблемы, мы оказываемся бессильными перед саморазрушительной природой человека.

Приведем данные статистики:

- Суициды – вторая ведущая причина смерти среди возрастной категории 15-29 лет.
- В группе подростков в возрасте 15–19 лет самоубийство – вторая причина смерти среди девушек и третья причина смерти среди юношей.
- Около 80% тех, кто собирается совершить суицид, предварительно дают знать о своих намерениях окружающим, хотя способы сообщения об этом могут быть завуалированы.
- В Республике Беларусь 49% подростков указали главной причиной мыслей о самоубийстве чувство одиночества. Конфликты с родителями отметили 43%, невозможность найти место в жизни – 36%.
- 26% белорусских подростков хотя бы раз в жизни думали о самоубийстве.

Официальная статистика самоубийств значительно отличается от реальных цифр (по разным оценкам в 2 – 4 раза), поскольку в нее попадают только явные случаи. Никем не фиксируются случаи неудачных попыток ухода из жизни, количество которых в 7 – 10 раз больше, чем законченных суицидов.

Многие подростки совершают преднамеренные попытки суицида без летального исхода. Это явление, известное под названиями «суицидальной попытки», «парасуицида» или «преднамеренного самоповреждения», встречается в десятки раз чаще самоубийств, хотя точное количество подобных аутоагрессивных действий неизвестно.

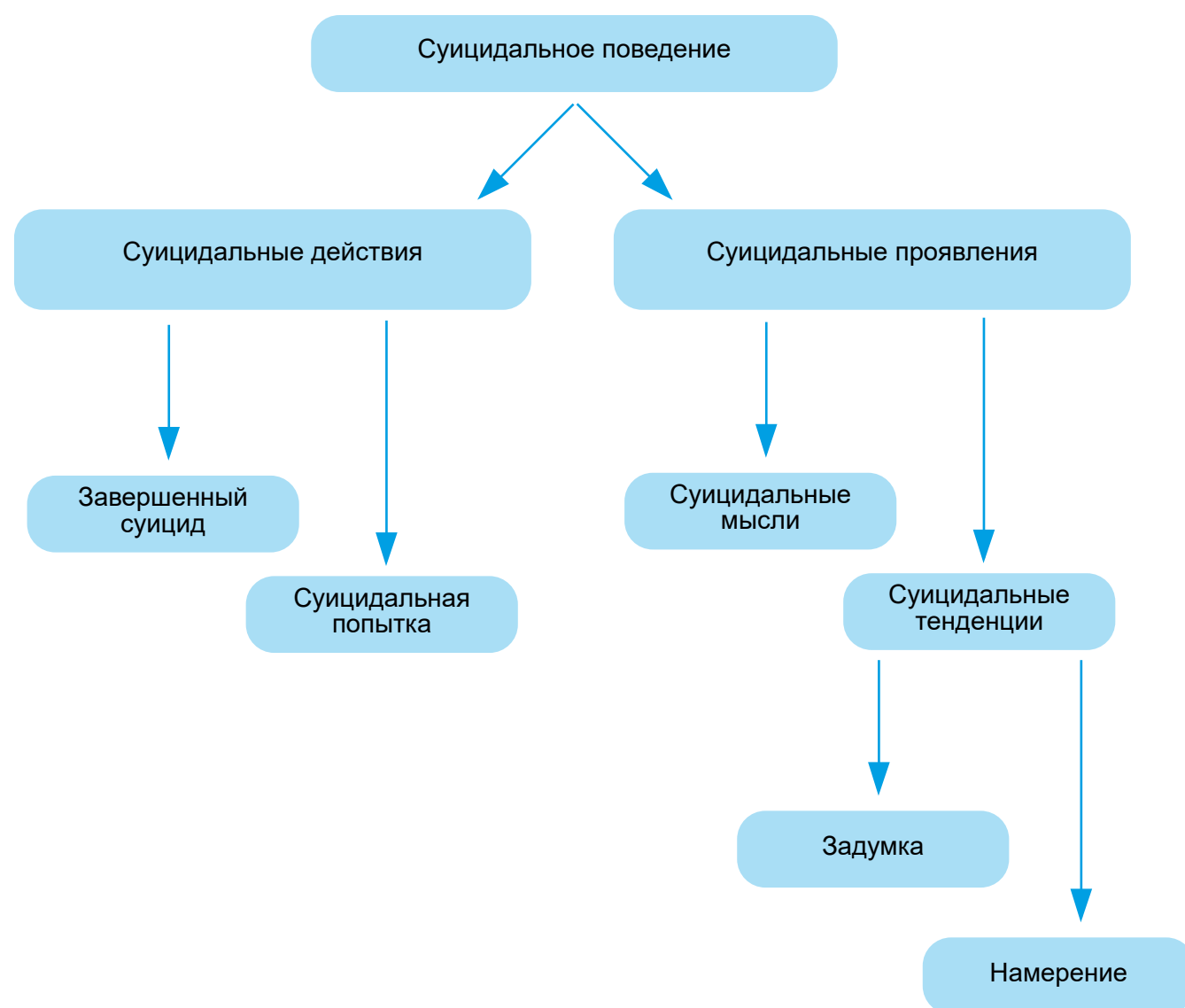
ПОНЯТИЕ О СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУИЦИДА И ЕГО СОСТАВЛЯЮЩИХ

Важно различать непосредственно суицид, суицидальные попытки, поведение и проявления.

Самоубийство, или суицид (лат. sui – себя, caedere – убивать) – преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное.

Суицидальное поведение – более широкое понятие включающее, помимо суицида, суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, которые не завершились летально по не зависящей от суицидента причине (например, своевременная реанимация).



Завершенный суицид – действия, завершённые летальным исходом.

Суицидальные попытки это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

К **суицидальным проявлениям** относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

Суицидальное поведение принято подразделять на *внутренние* и *внешние* формы.

Внутренние формы:

Антивитальные переживания – размышления о том, что собственная жизнь не имеет ценности, без четких представлений о своей смерти. Это период, который можно описать как снижение адаптационных способностей. Именно здесь формируются собственно суицидальные мысли.

Пассивные суицидальные мысли – фантазии на тему своей смерти, Эта стадия также характеризуется представлениями и размышлениями о своей смерти, но не на тему лишения себя жизни. Примером являются высказывания типа: «Чем так жить, лучше умереть», «Хочется уснуть и не проснуться» и т. д. При этом окружающие недооценивают значение таких высказываний или воспринимают их как демонстративное поведение или шантаж. Большинство тех, кто совершает самоубийства, при помощи таких фраз и высказываний пытаются привлечь внимание, ищут возможности быть услышанными.

Суицидальные замыслы – разработка плана суицида. Это активная форма проявления желания покончить с собой. Она сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов. Подросток продумывает способы, время и место совершения самоубийства. О своих намерениях он может говорить окружающим прямо или косвенно.

Суицидальные намерения – решение о выполнении плана. К замыслу о суициде присоединяется сформированное решение, появляется установка на самоубийство. Готовность к этому деструктивному действию поддерживается волевым компонентом, побуждающим к непосредственному осуществлению суицида.

Внешние формы:

Период от возникновения мыслей о самоубийстве до попыток их осуществления называется **пресуицидом**. Длительность его может исчисляться минутами (острый пресуицид) или месяцами (хронический пресуицид).

Самоубийство (суицид) – намеренное, осознанное и быстрое лишение себя жизни.

Суицидальная попытка (парасуицид) – не закончившееся смертью намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых человеком изменений за счет физических последствий.

Прерванная суицидальная попытка (прерванный парасуицид) – акт, предпринятый с целью намеренного самоповреждения или самоубийства, но прерванный до реального самоповреждения внешними обстоятельствами (например, вмешательством посторонних лиц).

Постсуицидальный период – временной промежуток после совершения суицидальной попытки.

Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

1. По длительности:

- **острый (ближайший):**
 - в течение первой недели после совершения суицидальной попытки;
 - окончание соответствует рационализации (осознанию и принятию) суицидогенного конфликта;
- **затянувшийся (протрагированный, пролонгированный):**
 - начинается через неделю после совершения суицидальной попытки, длится до 2-3 месяцев;
 - окончание соответствует моменту уменьшения значимости 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).

2. По отношению к суицидальному поведению и актуальности суицидогенного конфликта:

- суицидально-фиксированный:
 - конфликт, толкающий к суициду, актуален или скрывается;
 - суицидальные проявления сохраняются;
 - положительная трактовка, оценка совершенной суицидальной попытки;
 - вероятность повторения (рецидивирования) суицидальных действий очень высока;
- аналитический:
 - суицидогенный конфликт актуален, однако суицидальные проявления не сохраняются, возникает критическое отношение и чувство раскаяния по отношению к суицидальной попытке;
 - повторение суицидальных действий возможно;
- манипулятивный:
 - при благоприятном для суицидента изменении ситуации выраженность суицидальных проявлений снижается;
 - суицидальная активность сохраняется при нереализации установок на получение вторичной выгоды;
- критический: суицидогенный конфликт утратил актуальность («обрывающий» эффект суицидальной попытки), суицидальные проявления отсутствуют.

Обобщая, суицидальное поведение можно классифицировать следующим образом:

Суицидальный период	Переживания	Суицидальное поведение
1. Пресуицидальный период • длительность может составлять секунды, минуты (острый пресуицид); • длительность может составлять месяцы, годы (хронический пресуицид).	• синдром ожидания (пока отсутствуют намерения суицида); • осознанное отсутствие интереса к жизни; • депрессия; • осознанное желание умереть.	Внутреннее суицидальное поведение • антивитальные переживания; • фантазии на тему своей смерти; • разработка плана реализации суицидальных замыслов; • суицидальные намерения.
2. Суицидальный период.	• переживание суицидальной готовности.	Внешнее суицидальное поведение • суицидальные угрозы; • суицидальные попытки; • завершённый суицид.
3. Постсуицидальный период	Определяется по: • длительности; • по отношению к суицидальному поведению.	

ОБЩИЕ ЧЕРТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Э. Шнейдман выделяет такие общие черты, свойственные всем суицидентам:

- Общая цель всех суицидентов – поиск решения. Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные и болезненные переживания.
- Общим стимулом при суициде является невыносимая психическая (душевная) боль. Боль рассматривается как мучение, душевные страдания и терзания. Невыносимая душевная боль является тем, от чего хочется избавиться или убежать. Никто не совершает суицид от радости.
- Общей суицидальной эмоцией является беспомощность. В суицидальном состоянии человек испытывает состояние безнадежности, бессилия, беспросветности, уныния, нередко депрессии.
- Общим внутренним отношением к суициду является двойственность (амбивалентность). Это одновременное переживание двух противоположных чувств, например, любовь и ненависть. Каждый суицидент хочет умереть, но так, чтобы его спасли.
- Общим действием при суициде является бегство (агрессия). Смыслом самоубийства является избегание чего-то. Так, по его мнению, можно кардинально изменить свою жизнь.
- Общей закономерностью является соответствие общему стилю поведения в жизни.

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

В детском и предподростковом возрасте, понятие смерти, как категории прекращения жизни, как правило, не сформировано. Смерть обычно воспринимается абстрактно, как временное явление, похожее на сон или отъезд, ребенок не связывает ее с собственной личностью. Отличительной особенностью детского возраста является отсутствие страха смерти. Само понятие смерти возникает у детей уже между 2 – 3 годами, и для большинства она не является пугающим событием. У большинства детей этого возраста нет понимания необратимости смерти, дети не считают ее концом жизни. Суициды в этом возрасте встречаются крайне редко.

Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим.

В период раннего подросткового возраста (10-12 лет) смерть все еще оценивается как временное явление. Не смотря на то, что появляется разграничение понятий жизни и смерти, эмоциональное отношение к смерти отделяется от собственной личности.

С дальнейшим взрослением, смерть для подростков становится более очевидным явлением. Но они продолжают фактически отрицать ее для себя, экспериментируя с опасными веществами, включаясь в рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о возможности своей смерти, но отрицает реальность этой возможности.

Дети и многие подростки, совершая суицид, не предусматривают смертельного исхода.

- Важная особенность суицидального поведения подростков в отличие от взрослых, заключается в том, что у подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком.

- Ввиду физиологической и психической незрелости подростка, отсутствия жизненного опыта и неспособности использовать чужой опыт, даже незначительная конфликтная ситуация может казаться безвыходной. Эмоциональная неустойчивость, несформированность критического мышления, неадекватная самооценка и завышенные притязания в конфликтной ситуации создают предпосылки для суицидального поведения.
- Кроме того, для подросткового возраста характерно несоответствие целей и средств суицидального поведения; иногда при желании умереть выбираются не опасные с точки зрения взрослых средства и, наоборот, демонстрационные попытки нередко «переигрываются» из-за недооценки опасности применяемых средств и способов.
- Для многих подростков, совершающих суицидальные попытки характерно стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на «второе рождение». Подросток как бы признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков.
- Причина суицидальных попыток или суицида в подростковом возрасте может быть на первый взгляд незначительной, пустяковой или даже случайной. У подростков могут отсутствовать стадии, предшествующие собственно суициду, т.е. идеи и намерения. На формирование суицидального поведения подростка может оказать подростковая субкультура, в которой поддерживается суицидально опасное поведение. Интернет-форумы, подростковые группы часто создают мнение о суицидальном поведении (нанесении порезов, рискованных видах спорта, самоубийстве) как о чем-то правильном и героическом.

Пример с форума психологов (орфография сохранена). «Обратились с такой ситуацией. Мама дочери-подростка (5 класс) взволнована и в ужасе по поводу состояния и поведения дочери. Начиналось все с вовлечения в группы любителей аниме. За полгода девочка ушла в онлайн-жизнь, содержание групп вызывает много вопросов (детское порно перебрасывают друг другу...) Их учат, как резать свое тело, как обманывать родителей.

Дочка ночью в телефоне, не высыпается. Свое состояние то ли не понимает, то ли скрывает. Состоит в огромном количестве интернет-групп.

Родители хотят найти специалиста, который имеет опыт работы с подростками, попавшими в зависимость от интернет-групп.

И если у вас есть личный опыт или понимание, что происходит с подростками, и как им помочь в такой ситуации, отзовитесь, пожалуйста. Я передам родителям девочки».

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

В контексте исследования половых различий суицидального поведения обнаружен так называемый «гендерный парадокс». У подростков и молодых людей этот парадокс меняется в зависимости от возраста. Количество попыток самоубийства среди женщин увеличивается с возрастом, достигая пика в среднем подростковом возрасте, тогда как показатели самоубийств среди мужчин возрастают к возрасту ранней взрослости.

Половые различия в суицидальном поведении можно объяснить различиями в эмоциональных и поведенческих проблемах у юношей и девушек.

Среди подростков и молодых людей уровень самоубийств у мужчин в 2–4 раза выше, чем у женщин, а попытки самоубийства в 3–9 раз чаще встречаются у женщин. Па-

расуицид является более характерным для женщин, чем мужчин, и наибольшим это соотношение предстает у молодежи. Наиболее высокой бывает частота суицидальных попыток у девушек 15–19 лет. Предыдущие попытки суицида являются одним из самых надежных предикторов самоубийственной смерти, особенно среди женщин.

Более высокие показатели самоубийств среди подростков мужского пола могут быть связаны с более высокой распространенностью расстройств поведения, а также нарушений, связанных с употреблением психоактивных веществ, девиантным поведением. Напротив, подростки женского пола более склонны к тревожным расстройствам и расстройствам настроения. Эти расстройства могут приводить к суицидальным мыслям и поведению.

Общими факторами риска суицидального поведения для обоих полов являются:

- жестокое обращение в детстве;
- текущее психическое расстройство;
- злоупотребление психоактивными веществами;
- подверженность физическому, сексуальному и эмоциональному насилию;
- предыдущие суицидальные мысли и поведение;
- наличие в семейном анамнезе психических расстройств у членов семьи.

Различия между факторами риска суицидального поведения у подростков разного пола

Подростки-девочки	Подростки-мальчики
расстройство пищевого поведения	деструктивное поведение
посттравматическое стрессовое расстройство	чувство безнадежности
биполярное расстройство	проблемное (агрессивное) поведение
симптомы депрессии	развод родителей
сексуальное и физическое насилие от партнеров	суицидальное поведение друга
межличностные проблемы	доступ к средствам совершения суицида

Одним из факторов риска, характерным для мужского пола, является меньшая готовность к обращению за помощью в попытке продемонстрировать мужское поведение. Это затрудняет как выявление таких подростков и юношей, так и возможность поиска эффективного решения возникших эмоциональных и поведенческих проблем.

ПРИЧИНЫ ДЕТСКИХ И ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ

1. Одной из главных причин риска суицидального поведения в подростковом возрасте являются **неблагоприятные семейные и родительно-детские отношения**. Охарактеризуем их.
 - Ситуация длительного конфликта в семье или ситуация развода родителей. Подростку сложно справиться с переживаниями, характерными для его возраста, а в ситуации семейного конфликта он вынужден выдерживать еще и напряжение родителей.

- Утрата значимой привязанности, например, смерть родителя или любимой собаки для ребенка может стать непереносимым испытанием.
- Отсутствие в семье «значимого взрослого», с которым у ребенка есть надежная привязанность. В этой ситуации проявляется социальная и психологическая изолированность подростка.

2. Психологическая неграмотность родителей в вопросах родительно-детских отношений, возрастных особенностей ребенка и конструктивных способов для решения возникающих трудностей.

Она характеризуется:

- сверхконтролем или попустительским отношением к потребностям ребенка;
- нестабильностью и неадекватностью требований;
- наличием факта физического, психологического или сексуального насилия;
- назойливостью, морализаторством, критицизмом в отношениях, несправедливостью в требованиях и притязаниях;
- недостаточной поддержкой и принятием особенностей личности ребенка.

3. Подростковое одиночество. Один из главных факторов высокого риска суицидальности у детей и подростков. Подростковое одиночество может быть следствием буллинга.

- в начальной школе (7-9 лет), статус отверженности определяется внешними признаками, например, неряшливость, неопрятность, грязная одежда, неприятный запах и т.д.;
- в раннем подростковом возрасте (10-14 лет), статус отверженности определяется успешностью или, наоборот, не успешностью в учебе. В категорию «изгоев» попадают как отличники, так и неуспевающие ученики;
- в позднем подростковом периоде (14-19 лет) характерны личностные проявления, симпатии и предпочтения по половому признаку. Также проблемы могут быть связаны с принятием изменений, происходящих с телом, неопределенностью сексуальной ориентации.

4. Трудно протекающий пубертат. Этот фактор свидетельствует о грубых нарушениях в формировании личности подростка. Сюда относят дисгармоничное развитие, как в физическом, так и в психическом аспектах.

- Преждевременное сексуальное развитие (так называемый «ранний старт») по сравнению со сверстниками и нормами развития. В норме, для девочек, проявление половых признаков происходит к 10-11 годам; у мальчиков созревание происходит немного позже, после 13 лет. В таких ситуациях чаще всего девочки начинают стесняться изменений со своим телом, замыкаться и отдаляться от других.
- Заторможенное сексуальное развитие. Подростки отстают в росте от сверстников, их могут дразнить или подвергать издевательствам. Мальчики чаще, чем девочки, испытывают психологический стресс и чувство стыда из-за низкого роста и задержки полового созревания.
- Дисморфофобия (неудовлетворенность своим внешним видом в связи с очень интенсивным развитием в период подросткового возраста). Непропорциональный рост конечностей и гормональные всплески провоцируют эмоциональные перепады и недовольство своим внешним видом.
- Интенсивное проявление разнообразных акцентуаций характера в подростковом возрасте.

5. Личностная импульсивность как черта суицидента. Для подростков характерна бурная мгновенная реакция на неудачу или какое-либо значимое для него событие. Она может проявляться через гнев, бравату, отклонения от принятых норм поведения. Для подростков также характерны вспыльчивость, раздражительность. Проявляется подростковая импульсивность в следующих показателях:

- высокий уровень импульсивности в тестовых методиках;
- высокий уровень нервно-мышечного напряжения;
- высокий уровень внушаемости;
- бескомпромиссность (черно белый мир, наличие категорий только «да» и «нет», мир крайностей без полутонов).

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Факторы риска можно рассматривать как индикаторы склонности ребенка к самоповреждению или совершению суицидальных попыток.

Прежде всего, к ним относятся неблагополучные семейные отношения, семейное насилие в любом проявлении (эмоциональное, физическое, сексуальное) и травмирующие события в раннем возрасте, детстве, подростковом, особенно те, с которыми ребенок продолжительное время не может справиться самостоятельно. Наличие суицидальных тенденций часто обнаруживается у тех подростков, которые происходят из семей с более чем одной проблемой, что усиливает факторы риска. Подростки хранят верность своим родителям и семейным ценностям, не желают или им запрещено раскрывать семейные тайны, поэтому зачастую они не обращаются за помощью вне семьи.

К аспектам семейной дисфункции и нестабильности, а также к негативным жизненным событиям, которые могут являться фактором риска в будущем, относятся:

Семейные стереотипы:

- наличие психопатологии у родителей, например, аффективные психические расстройства;
- злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами или антисоциальное поведение у членов семьи;
- наличие в семейном анамнезе самоубийств и суицидальных попыток;
- жестокие и насильственные отношения в семье (включая физическое и сексуальное насилие над ребенком);
- отсутствие заботы со стороны родителей/опекунов, плохое общение в семье;
- конфликтные отношения между родителями/опекунами, с эмоциональным напряжением и агрессией;
- развод, раздельное проживание или смерть родителей/опекунов;
- частые переезды семьи;
- очень высокие или очень низкие ожидания от ребенка со стороны родителей/опекунов;
- недостаточный или чрезмерный контроль со стороны родителей/опекунов;
- попустительство со стороны родителей/опекунов, когда ребенку требуется помощь, чтобы справиться с эмоциональным беспокойством или напряжением;
- негативная эмоциональная среда, которая характеризуется отвержением или пренебрежением ребенка и других членов семьи;

- семейная жесткость;
- приемная семья или усыновление.

Личностные особенности:

Ориентация на черты личности для прогнозирования суицидального поведения у подростков весьма ограничена, поскольку многие из нижеперечисленных характеристик личности часто наблюдаются в подростковом возрасте. Важно обращать внимание на определенные личностные особенности, т.к. они могут быть связаны с суицидальным поведением (часто в сочетании с психическим расстройством):

- нестабильный фон настроения;
- агрессивное поведение;
- антисоциальное поведение;
- высокая импульсивность;
- раздражительность;
- ригидность мышления;
- неспособность решать проблемы при возникновении трудностей;
- сложности с тестированием реальности;
- склонность жить в иллюзорном мире;
- фантазии о величии, чередующиеся с чувством собственной ничтожности;
- часто возникающее чувство разочарования;
- тревога, особенно при признаках легкого физического недомогания или небольшого разочарования;
- самодовольство;
- чувство неполноценности и неуверенности, которое может быть замаскировано проявлениями собственного превосходства, неприятием или провокационным поведением по отношению к одноклассникам и взрослым, в том числе родителям;
- неопределенность в отношении гендерной идентичности или сексуальной ориентации;
- амбивалентные отношения с родителями, другими взрослыми и друзьями.

Важно, при наблюдении за личностными особенностями обратить особое внимание на наличие или отсутствие психических нарушений или расстройств:

Суицидальное поведение широко распространено среди детей и подростков со следующими психическими расстройствами.

Депрессия

Наличие депрессивных симптомов и антисоциального поведения является наиболее частым предшественником подросткового суицида. По статистике у 75% тех, кто совершил суицид, присутствовал один или несколько симптомов депрессии, у многих была выявлена полноценная депрессия. Шансы развития депрессивной симптоматики в 1,6 раза выше у девушек, чем у парней.

Наличие депрессии *в 5 раз увеличивает риск* суицидального поведения.

Признаки депрессивных состояний:

- Изменение настроения (эмоции, мысли);
- Снижение психической активности (заторможенность действий, поведенческих актов, слабость воли);

- Изменения физических ощущений (чувство физической усталости или разбитости, тяжесть в груди, потеря аппетита, нарушение сна).

Также дополнительными симптомами, на которые стоит обратить внимание при выявлении депрессивных состояний, являются:

- Потеря способности радоваться;
- Снижение устойчивости внимания;
- Апатия (безразличие к тому, что происходит);
- Утрата интересов;
- Отсутствие чувств;
- Признаки самоповреждений;
- Снижение успеваемости.

Обобщая, симптомы депрессии можно разделить на основные группы:

Физические показатели:

- Изменения аппетита;
- Нарушения сна;
- Повышенная утомляемость;
- Недомогания, связанные с телом;
- Боли в области сердца, мышцах, желудка.

Эмоциональные показатели:

- Тоска;
- Грусть, печаль;
- Тревога;
- Чувство вины;
- Отчаяние;
- Раздражительность;
- Угнетенное, подавленное настроение.

Когнитивные показатели:

- Снижение концентрации, избирательности внимания;
- Негативные мысли;
- Нарушения памяти (забывание, проблемы запоминания);
- Трудности принятия решений;
- Снижение скорости мыслительных процессов.

Мотивационные показатели:

- Потеря уверенности в себе;
- Нерешительность в принятии даже бытовых решений;
- Чрезмерная самокритика;
- Отсутствие инициативы;
- Настроенность на неудачу и неуспех.

Девушки с депрессивной симптоматикой имеют выраженную склонность к замкнуто-

сти, немногословности, унынию и пассивности. Напротив, депрессивные подростки и юноши склонны к разрушительному и агрессивному поведению, чем привлекают внимание со стороны учителей и родителей. Агрессивность может привести к одиночеству, которое само по себе является фактором риска суицидального поведения.

Не смотря на то, что депрессивные симптомы или депрессивные расстройства распространены среди подростков с суицидальным риском, депрессия не является обязательным спутником суицидальных мыслей или попыток самоубийства. *Подростки могут убить себя, не впадая в депрессию, и они могут быть в депрессии, не убивая себя.*

Тревожные расстройства

Связь тревожных расстройств и суицидальности (идеи, планы, попытки и завершённое самоубийство) является серьёзной проблемой: тревожные расстройства являются одними из наиболее распространенных детских психологических расстройств. Любое единичное тревожное расстройство увеличивает вероятность суицидных мыслей почти в 8 раз и частоту попыток самоубийства почти в 6 раз. Тревожность может проявляться через психосоматические симптомы.

Как заметить признаки тревожного синдрома:

- генерализация переживания угрозы при крайней неуверенности в себе;
- чрезмерная озабоченность всем, чувство опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения по любому поводу);
- ажитация, раздражительность;
- хроническое перенапряжение (трудности с концентрацией и сосредоточением на чем-либо);
- моторное напряжение (проявляется в суетливости, треморе, невозможности расслабиться);
- вегетативные нарушения (потливость, учащенное сердцебиение, болезненные ощущения в области желудка и кишечника, головокружение, сухость во рту, мокрые ладони).

Также среди факторов риска суицидального поведения стоит отметить злоупотребление алкоголем и наркотиками, расстройства пищевого поведения, психотические расстройства.

Социальное окружение:

- низкий уровень интеграции в социальные группы;
- наличие буллинга в классе или группе, издевательств и виктимизации со стороны сверстников;
- социальная изоляция и чувство ненужности или обременительности для других;
- отсутствие социальной поддержки;
- проживание в социально неблагополучном, с высоким уровнем правонарушений или криминогенном районе;
- наличие в окружении лиц, употребляющих наркотики, алкоголь, имеющих попытки суицида и антисоциальное поведение;
- близкие отношения со сверстниками, склонными к суицидальному поведению или подверженными высокому риску.

Вероятность реализации суицидальных намерений зависит от взаимодействия трех факторов:

- интенсивности суицидных побуждений;
- психологического «антисуицидального барьера» – комплекса факторов, включающих в себя страх смерти, страх боли, боязнь неизвестного, инстинкт самосохранения, страх причинить боль близким, отрицательное отношение к самоубийству общества и др.;
- различных влияний, ослабляющих и размывающих этот барьер.

ФАКТОРЫ, СНИЖАЮЩИЕ РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для снижения риска суицидального поведения необходима система мер, которые повышают устойчивость или сопротивляемость человека перед неблагоприятными событиями или ситуациями. Их называют защитными, или протективными факторами. Под устойчивостью понимается процесс, с помощью которого люди развивают свои навыки выживания, приобретают компетенции, повышают сопротивляемость стрессу и расширяют диапазон стратегий преодоления трудностей.

Основными факторами, обеспечивающими защиту от суицидального поведения, являются:

Семейные характеристики:

- сплоченные, эмоционально теплые отношения в семье;
- наличие стабильных близких отношений с членами семьи;
- наличие эмоциональной поддержки со стороны семьи;
- баланс контроля и предоставления личного пространства ребенку со стороны родителей.

Личностные особенности:

- способность к саморегуляции;
- хорошо сформированные социальные навыки;
- уверенность в себе и своих достижениях;
- способность обращаться за помощью при возникновении трудностей, например: обращение за советом, когда необходимо сделать важный выбор;
- наличие здоровой привязанности к другим;
- открытость новому и умение использовать прошлый опыт;
- способность довериться опыту других людей;
- способность разрешать житейские конфликты;
- открытость к новым знаниям.

Социальное окружение:

- включенность в различные социальные группы, например, принадлежность к спортивным, культурным сообществам и т.п.;
- хорошие отношения с одноклассниками;
- позитивные отношения с учителями и другими взрослыми;
- наличие поддержки со стороны значимых людей.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ

ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ

Если вы заметили, что эмоциональное состояние, поведение и мысли ребенка изменились, постарайтесь поговорить с ним. Попробуйте выяснить, что его волнует, не чувствует ли он себя одиноким, несчастным, загнанным в ловушку, никому не нужным. Можно попробовать найти выход из сложившейся ситуации, но чаще всего ребенку достаточно просто выговориться, снять накопившееся напряжение, и его готовность к суициду снижается.

Вы должны насторожиться, если ребенок:

- часто получает в свой адрес оскорбительные замечания, его неоднократно обижали и высмеивали;
- внушаем и склонен подчиняться другим детям;
- не может защитить себя от физического насилия;
- приходит домой с синяками, ссадинами, в порванной одежде и не может дать этому внятного объяснения;
- никогда не принимает участия в групповых играх;
- слишком часто оказывается последним, кого пригласили в игру или в команду;
- не имеет постоянных друзей, часто оказывается «аутсайдером»;
- старается держаться поближе к взрослым, вместо того чтобы играть с другими детьми;
- испытывает трудности, отвечая у доски перед классом;
- выказывает признаки страха или сильного нежелания ходить в школу и на внеклассные занятия;
- потерял интерес к занятиям;
- никогда не получает приглашений в гости, и сам никого не приглашает.

Часто суицидальному поведению предшествует тревожное или депрессивное состояние.

Как родитель может заметить депрессию у ребенка

Настроение ребенка – один из показателей его психического состояния. Подросток может скрывать от близких и родных людей свое эмоциональное состояние, свои переживания. Понаблюдайте за подростком в тот момент, когда он уверен, что его никто не видит. Вы обнаружите, как меняется выражение его лица, какой у него грустный или несчастный вид. Но как только он замечает, что кто-то на него смотрит, печаль тут же прячется за улыбкой.

Симптомы подростковой депрессии

1. Ухудшение внимания

Для легкой степени подростковой депрессии характерно ухудшение внимания. Подросток не может подолгу фиксировать свое внимание на какой-либо теме. Его мысли перескакивают с одного на другое, и он все более отвлекается. Об ухудшении внимания можно судить по тому, как ребенок делает домашние задания и по снижающейся успеваемости. Сконцентрироваться на чем-либо ему все труднее и труднее, и кажется, что чем больше он старается, тем хуже у него получается. Все это ведет к раздражительно-

сти, потому что подросток начинает думать, что он «тупой и глупый». Все это влияет на самооценку.

2. Грезы наяву

Ухудшение внимания влияет на поведение подростка в классе. Сначала он какое-то время способен сконцентрироваться на работе. Мысли его где-то витают. Он погружается в особое состояние, выключаясь из реальности. В этом случае учителю легче, чем кому-либо другому, выявить депрессию. Но, к сожалению, грезы наяву часто принимаются за лень или неуважение к учителю. Однако один или два отдельно взятых признака еще не позволяют поставить точный диагноз.

3. Плохие оценки

Из-за снижения внимания у подростка ухудшаются оценки. Это ухудшение происходит постепенно, а потому это редко связывают с депрессией. По сути дела, и родители, и учитель, как правило, начинают думать, что задания слишком трудны для подростка или что он слишком увлечен чем-то другим.

4. Тоска

Когда тоска не отпускает подростка несколько дней, это уже не нормально и должно стать сигналом о том, что с ребенком происходит что-то неладное. Мало что беспокоит так сильно, как затяжная тоска, особенно в младшем подростковом возрасте. Это состояние обычно проявляется в том, что подросток хочет быть один. Он проводит время, лежа на кровати, мечтая и слушая музыку. Впавший в такое состояние подросток теряет интерес ко всему: к спорту, к друзьям, к учебе.

5. Соматическая депрессия

Когда подросток переходит в стадию средней степени депрессии, он начинает страдать от того, что называют соматической депрессией, т.е. ее симптомы проявляются на чисто физическом уровне. Например, подросток начинает испытывать физическую боль: в нижнем отделе средней трети грудины или головные боли. Некоторые подростки испытывают боли в нижней трети грудины или головные боли. Это вторичное проявление депрессии.

6. Уход в себя

В этом состоянии подросток отдаляется от сверстников и не просто избегает их, а отгораживается от них своей враждебностью, грубостью и неприветливостью, заставляя их отвернуться от него. В результате он остается в полном одиночестве, что может подтолкнуть его к употреблению психоактивных веществ. На этой стадии заболевания душевная и физическая боль подростка может усиливаться и временами быть просто нетерпимой, и он уже не в состоянии выносить ее. Отчаяние настолько овладевает им, что он начинает искать хоть какой-нибудь выход.

ОПАСНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Когда подросток, находясь в средней или сильной степени депрессии, доходит до того, что не может больше выдерживать ее, он старается предпринять что-либо, чтобы облегчить свое горе и страдания. Более всего удивительно то, что даже на этой стадии подросток едва ли осознает, что он находится в депрессии. Его способность не признаваться в этом даже себе, поистине невероятна. Поэтому-то депрессия практически не заметна для окружающих до тех пор, пока не случается трагедия. Действия подростка в этой ситуации называются «выходом из депрессии».

Таких выходов из депрессии довольно много. Мальчики могут начать воровать, лгать, драться. Опасность возбуждает нервную систему и в какой-то мере облегчает боль. Девочки довольно часто пытаются выйти из этого состояния, вступая в беспорядочные половые связи. Однако, когда связь с очередным партнером заканчивается, они чувствуют себя еще хуже, становятся более подавленными, их самооценка резко падает.

Одним из способов выхода из депрессии является самоповреждающее и суицидальное поведение.

Ребенок может прямо говорить о суициде, рассуждать о бессмысленности жизни, что без него в этом мире будет лучше. Вас должны насторожить фразы типа:

- «все надоело»,
- «ненавижу всех и себя»,
- «зачем я появился на этом свете»,
- «пора положить всему конец»,
- «когда все это кончится»,
- «так жить невозможно»,
- вопросы «а что бы ты делал, если бы меня не стало?»,
- рассуждения о похоронах.

Тревожным сигналом является попытка раздать все долги, помириться с врагами, раздарить свои вещи, особенно с упоминанием о том, что они ему не понадобятся.

КАК ЗАМЕТИТЬ ПРИЗНАКИ ТОГО, ЧТО У ПОДРОСТКА ЕСТЬ РИСК СУИЦИДА

Кроме перечисленных, выделяются еще *несколько признаков готовности ребенка к суициду*, на которые следует обратить особое внимание:

- личностные изменения, такие как: сильная тревога или беспокойство, возбуждение или излишнее пассивность;
- утрата интереса к любимым занятиям, снижение активности, апатия, безволие;
- чувство безразличия и безнадежности относительно происходящего;
- изменение обычного распорядка дня, включая режим питания или сна;
- пренебрежение собственным видом, неряшливость;
- появление желания к уединению, изоляция от близких людей;
- резкие перепады настроения, беспричинные слезы, медленная и маловыразительная речь;
- внезапное снижение успеваемости и рассеянность;
- плохое поведение в школе, прогулы, нарушения дисциплины;
- склонность к риску и неоправданным и опрометчивым поступкам;
- проблемы со здоровьем: потеря аппетита, плохое самочувствие, бессонница, кошмары во сне;
- безразличное расставание с вещами, игрушками или деньгами, раздаривание их;
- стремление привести дела в порядок, подвести итоги, просить прощение за все, что было;
- самообвинения или наоборот – признание в зависимости от других;

- разговоры или письменные сообщения о самоубийстве – например, когда подросток делает такие заявления, как «Я не могу больше так жить» или «Я больше не буду для вас проблемой» и т.д. устно или в соцсетях;
- шутки и иронические высказывания либо философские размышления на тему смерти.

ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

1. Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда подросток уходит в себя, прекращает общаться со сверстниками, стоит обратить пристальное внимание.

2. Капризность, привередливость. Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, семейными конфликтами и т.п. Но когда настроение подростка чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, это должно насторожить.

3. Депрессия. Это глубокая эмоциональная подавленность, которая у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях – прямой и открытый разговор с человеком.

4. Агрессивность. Многим актам самоубийства у подростков предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости к окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом ребенка обратить на себя внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек встречает осуждение со стороны.

5. Нарушение аппетита. Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности.

6. Раздача подарков окружающим. Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, такие действия могут быть признаком суицидального поведения. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

7. Психологическая травма. Физическое, сексуальное или эмоциональное насилие, расставание с родными, смерть близких, столкновение со значительными физическими и эмоциональными стрессами, развод родителей и другие события с которыми сложно справиться подростку самому, могут стать триггером для суицидальных мыслей.

8. Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый ребенок неожиданно для окружающих начинает вести себя вызывающе, агрессивно, то стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое подросток стремится скрыть. Другим тревожным симптомом является снижение активности, усиление пассивности, безразличие к общению, жизни.

9. Угроза. Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, проявления

агрессии к подростку, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить помощь, консультацию у специалистов.

10. Активная предварительная подготовка: собирание отравляющих веществ и лекарств, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни.

Что делать? Как помочь?

Не бойтесь обращаться к специалистам-психологам. Обращение к психологу не означает постановки на учет и клейма психической неполноценности.

Как родителю поговорить с подростком:

1. *Найдите время для подростка*, если он решил рассказать вам о своих проблемах, не отталкивайте его, даже если вы потрясены сложившейся ситуацией. Внимательно выслушайте, без оценки и морализаторства. В состоянии душевного кризиса необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

2. *Оцените серьезность намерений и чувств ребенка*. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Дайте понять, что хотите поговорить о чувствах, что не осуждаете его за эти чувства. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подростки могут и не давать воли чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время могут находиться в состоянии глубокой депрессии.

3. *Сохраняйте спокойствие и не осуждайте его*, не зависимо от того, что он говорит. Помогите ему понять, что сильный стресс мешает полностью осознать ситуацию. Постарайтесь аккуратно спросить, не думает ли он или она о самоубийстве. Такой вопрос очень важен именно от вас.

4. *Разговаривайте искренне*, постарайтесь определить, насколько серьезна угроза: вопросы о суицидальных мыслях не приводят к попыткам покончить с собой, на самом деле они помогут почувствовать облегчение от осознания проблемы. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы, и может почувствовать облегчение после разговора о самоубийстве, но вскоре опять может вернуться к тем же мыслям. Поэтому важно не оставлять его в одиночестве даже после успешного разговора.

5. *Поддерживайте его и будьте устойчивы*. Человеку в состоянии душевного кризиса нужны строгие и утвердительные указания. Поддержите подростка и убедите его в том, что он сделал верный шаг, поговорив с вами и приняв вашу помощь. Осознание вашей компетентности, заинтересованности в его судьбе и готовности помочь дадут ему эмоциональную опору.

6. *Следует принять во внимание и другие возможные источники помощи:* друзей, семью, психологов, врачей к которым можно обратиться. Обсудить с ним работу служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; записать соответствующие номера телефонов; записать свои рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым вы сами доверяете.

Обращайте внимание на эмоциональное состояние вашего ребенка. Учите разрешать возникающие проблемы, внушайте оптимизм.

Если вы не справляетесь сами, чувствуете неблагополучие в социальной, эмоциональной сфере вашего ребенка, не стесняйтесь обращаться за помощью. Консультируйтесь со специалистами, задавайте вопросы, обсуждайте проблемы. Не стоит полагаться

на время – что все само собой пройдет и наладится. Проявите бдительность. Специалисты помогут облегчить страдание вашего ребенка, помогут найти выход из трудной ситуации.

ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ РОДИТЕЛЬ, ЧТОБЫ ПРЕДОТВРАТИТЬ САМОУБИЙСТВО ПОДРОСТКА

Вы можете принять следующие меры, чтобы защитить своего ребенка.

- **Замечайте депрессивные или тревожные состояния подростка.** Не ждите, пока ваш подросток придет к вам сам. Если вашему ребенку грустно, тревожно или вам кажется, что он испытывает затруднения, спросите, что случилось, и предложите свою помощь.

Факт: у 9 из 10 подростков, покончивших с собой, состояние соответствовало критериям психиатрического диагноза или психического расстройства – более половины из них страдали расстройством настроения, таким как депрессия или тревога.

!!! В частности, мальчики-подростки могут пытаться скрыть свои эмоции, ошибочно полагая, что проявление этих чувств является признаком слабости.

- **Будьте внимательными к подростку.** Когда подросток думает о самоубийстве, то чаще всего сообщают о своем тревожном состоянии поведением и действиями. Слушайте, что говорит ваш ребенок, и смотрите, как он себя ведет. Никогда не игнорируйте угрозы самоубийства и не объясняйте это подростковой демонстративностью.

Факт: Исследования показали, что общим признаком семей, где произошло самоубийство сына или дочери – это недоверительные, отстраненные, холодные, формальные отношения между родителями и ребенком.

- **Не поощряйте изоляцию.** Одобряйте желание подростка проводить время с поддерживающими друзьями и семьей.

Факт: Подростки с теплыми, доверительными отношениями с родителями, имеющие дружественные отношения со сверстниками, подвержены меньшему риску самоповреждающего поведения и суицидам.

- **Поощряйте здоровый образ жизни.** Помогите подростку питаться здоровой пищей, заниматься спортом и соблюдать режим сна и бодрствования.
- **Поддержите подростка в период лечения.** Если подросток проходит курс психотерапии или приема лекарственных препаратов, объясните ему, что это важно, помогите подростку следовать рекомендациям психолога, врача. Расскажите ему, что возможно, потребуется время, чтобы почувствовать себя лучше. Кроме того, поддерживайте своего ребенка в занятиях, которые помогут ему восстановить уверенность в себе.
- Храните оружие, алкоголь и лекарственные препараты в труднодоступных местах. Ограничение доступа к перечисленным средствам может иметь значение, если подросток уже совершал попытки суицида.

ПОМНИТЕ, ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД МОЖНО ПРЕДОТВРАТИТЬ.

ПАМЯТКА О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ НАСИЛИЯ В РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЯХ

Насилие над детьми чаще всего трактуется как жестокое обращение с ребенком. Жестокое обращение с ребенком включает в себя следующие виды насилия:

- физическое,
- сексуальное,
- эмоциональное,
- запущенность или пренебрежение нуждами ребенка.

Что нужно делать, чтобы избежать трагедии?

- Способствуйте созданию близких, доверительных отношений со всеми членами семьи, характеризующихся теплом, положительным интересом и включенностью взрослых членов семьи в детей.
- Не используйте метод угроз и запугивания детей в решении домашних проблем.
- Избегайте взаимных оскорблений и резких обвинений в адрес друг друга и детей.
- Помните, что психологическое насилие (т.е. унижение чувства собственного достоинства, словесные оскорбления, грубость по отношению к детям) способно глубоко ранить ребенка.
- Не используйте экономическое насилие к членам семьи.
- Старайтесь никогда не применять физическое насилие ни к членам семьи, ни к домашним животным.
- Показывайте детям пример заботы о младших, о пожилых людях, о больных и немощных, о животных.
- Организуйте совместное проведение времени с семьей. Читайте вместе с детьми, смотрите фильмы и сериалы, ходите на спортивные мероприятия.

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ У РЕБЕНКА СПОСОБНОСТИ СПРАВЛЯТЬСЯ С ВОЗНИКАЮЩИМИ ТРУДНОСТЯМИ

- Обсудите с ребенком информацию о помощи различных служб в ситуации, сопряженной с риском для жизни.
- Предоставьте ему номера телефонов, которыми он должен воспользоваться в ситуации, связанной с риском для жизни.
- Дайте ему свои рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым сами доверяете.
- Способствуйте тому, чтобы ребенок рассказывал вам не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах.
- Не оставляйте без внимания каждую трудную ситуацию, анализируйте ее вместе с ребенком.
- Обсуждайте с ребенком варианты и примеры выхода из трудной жизненной ситуации.
- Не подшучивайте над ребенком, если в какой-то ситуации он оказался слабым. Необходимо помочь и поддержать его, обсудить возможные способы решения

проблемы.

- Не игнорируйте вопросы ребенка. Если вы не готовы ответить – скажите об этом прямо и объясните почему. Ребенок будет видеть, что у вас тоже могут быть затруднения, и как вы с ними справляетесь.
- Способствуйте формированию ответственности у ребенка через собственное поведение.
- Развивайте у ребенка способность предвидеть последствия своих поступков.
- Акцентируйте внимание ребенка на удачах, на положительных моментах жизни.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛАССНЫХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, УЧИТЕЛЕЙ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ

Каковы факторы суицидального поведения подростков?

У подростка может появиться риск суицида из-за определенных жизненных обстоятельств, таких как:

- Наличие психического расстройства, включая депрессию;
- Потеря или конфликт с близкими друзьями или членами семьи;
- История физического, психического или сексуального насилия или попытки насилия;
- Проблемы с алкоголем или наркотиками;
- Физические или медицинские проблемы, например, беременность или инфекция, передающаяся половым путем;
- Буллинг;
- Неопределенность сексуальной идентичности и/или ориентации;
- Наличие самоубийств у членов семьи или близких друзей;
- История усыновления;
- Наличие в семейном анамнезе расстройств настроения или суицидального поведения.

В динамике самоубийства выявляются четыре основных переживания, фиксация на которых создает внутренний фон устойчивого аутодеструктивного поведения:

- 1) изоляция: чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется, что ты одинок и никому не нужен;
- 2) беспомощность: ощущение, что ты не можешь контролировать жизнь, все не зависит от тебя, что тебе не к кому обратиться и не на кого опереться;
- 3) безнадежность: когда будущее не предвещает ничего хорошего, ты не видишь выхода из проблемной ситуации;
- 4) чувство собственной малозначимости: уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка, переживание некомпетентности, стыд за себя, ощущение ничтожности, слабости.

Что в должно насторожить в поведении подростка?

- Снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам;
- Подавленное настроение, сниженный эмоциональный фон, раздражительность, необоснованные вспышки агрессии;
- Изоляция от групп сверстников, потеря круга общения;
- Прямые или косвенные разговоры, записи на страницах соцсетей о желании умереть или убить себя или о нежелании продолжать жизнь.

Если вы заметили, что подросток стал вести себя нетипично, у него произошли изменения в поведении, эмоциональной сфере и межличностных отношениях, то это может быть признаком буллинга, нахождения подростка в кризисной ситуации, началом депрессивного состояния или суицидального риска.

В этом случае очень важно:

- Наличие доверительного контакта с подростком. Будьте доступным для взаимодействия. Если подросток начал говорить – выслушайте. Не пытайтесь успокоить общими фразами. Дайте возможность высказаться, внимательно отнеситесь ко всем даже самым незначительным обидам и жалобам.
- Обсуждайте, задавайте открытые вопросы, чтобы подросток мог выказать свой взгляд, свое мнение. Открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность.
- Не относиться снисходительно и не обесценивать состояние и проблемы подростка. Высказывания типа: «нечего тут ныть», «у всех есть проблемы», «наши прадеды войну прошли» заставляют ребенка ощущать себя еще более ненужным и одиноким. Совместный поиск выхода из трудной ситуации даст возможность подростку почувствовать поддержку и понять, что он не одинок.
- Относитесь к угрозам серьезно, не преуменьшайте риск предположением, что это просто желание привлечь к себе внимание;
- Свяжитесь с родителями и школьным психологом, чтобы обсудить совместные варианты помощи. Если есть необходимость, то следует обратиться к медицинским специалистам за консультацией.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РАБОТНИКОВ ШКОЛ

Признаки суицидальных наклонностей выявляются методами наблюдения и беседы. Они могут проявляться в одновременно в разных сферах.

Вербальные признаки:

Подросток с суицидальным поведением часто говорит о своем душевном состоянии. Он или она могут:

1. Прямо и явно говорить о смерти: «Я собираюсь покончить с собой»; «Я не могу так дальше жить».
2. Косвенно намекать о своем намерении: «Я больше не буду ни для кого проблемой»; «Я не могу больше выносить эту проблему»; «Скоро все это закончится».
3. Шутить, иронически высказываться о желании умереть, о бессмысленности жизни.
4. Слушать музыку, поэтично описывающую смерть, несущую в себе депрессивные идеи о бессмысленности существования.
5. Проявлять нездоровую заинтересованность вопросами смерти.
6. Сообщать о конкретном плане суицида.

Поведенческие признаки:

1. Раздает другим игрушки, вещи, имеющие большую личную значимость, завершает дела, мирится с давними врагами.
2. Пишет «записки-завещания».
3. Демонстрирует радикальные перемены в поведении, такие, как:
 - в еде – есть слишком мало или слишком много;
 - во сне – не спит или спит слишком много;
 - во внешнем виде – стал неряшливым;
 - в школьных привычках – пропускает занятия, не выполняет домашние задания, избегает общения с одноклассниками; проявляет раздражительность, угрюмость;

находиться в подавленном настроении;

– становится чрезмерно деятельным или, наоборот, безразличным к окружающему миру;

– в поведении наблюдается то эйфория, то приступы отчаяния.

4. Проявляет признаки беспомощности, безнадежности и отчаяния.

5. Предпринимал раньше попытки суицида

Социальные признаки:

1. Социальная изоляция (не имеет друзей), чувствует себя отверженным.

2. Живет в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье – в отношениях с родителями или родителей друг с другом; наличие зависимых от алкоголя или наркотиков членов семьи и т.п.);

3. Ощущает себя жертвой насилия – физического, сексуального или эмоционального.

4. Имеет в окружении тех, у кого были суицидальные попытки или совершенное самоубийство (кто-то из друзей, знакомых или членов семьи).

5. Перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод родителей).

6. Находится в среде, где есть буллинг.

Если замечена склонность школьника к самоубийству, следующие советы могут изменить ситуацию.

1. Внимательно выслушайте решившегося на самоубийство подростка. В состоянии душевного кризиса любому из нас, прежде всего, необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он или она уже имеют конкретный план самоубийства, ситуация более острая, чем если эти планы расплывчаты и неопределенны.

3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве. Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение также может служить основанием для тревоги.

4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Он или она могут и не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии.

5. Не бойтесь прямо спросить, не думают ли он или она о самоубийстве. Опыт показывает, что такой вопрос редко приносит вред. Часто подросток бывает рад возможности открыто высказать свои проблемы.

Следующие вопросы и замечания помогут завести разговор о самоубийстве и определить степень риска в данной ситуации:

- Похоже, у тебя что-то стряслось. Что тебя мучает? (Так можно завязать разговор о проблемах подростка.)
- Ты думал когда-нибудь о самоубийстве?
- Каким образом ты собираешься это сделать? (Этот вопрос поможет определить степень риска: чем более подробно разработан план, тем выше вероятность его осуществления).

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С УЧАЩИМИСЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ШКОЛЕ

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием ряда следующих мероприятий:

1. Обязательное информирование родственников или официальных опекунов подростка о суицидальной опасности или совершенных действиях.
2. Обеспечение постоянного наблюдения за подростком как в школе (классный руководитель, психолог, социальный педагог, учителя, администрация школы), так и в семье.
3. Привлечение для консультации детского психиатра или психотерапевта (с согласия родителей или официальных опекунов).

Ситуация с эмоционально нестабильным состоянием у ребенка, плачем.

1. Ни при каких условиях не оставляйте ребенка одного.
2. Установите с ним физический контакт (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.
3. Используйте приемы «активного слушания» (они помогут ребенку эмоционально отреагировать).
4. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.
5. Задавайте минимум вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Ситуация, когда ребенок в аффекте, чрезмерно возбужден, кричит.

1. Уединитесь с подростком, постарайтесь оставаться устойчивым и спокойным.
2. Не потакайте его желаниям. При контакте с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.
3. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (например, облить лицо водой, громко и внезапно что-то сделать).
4. Разговаривайте с подростком четкими короткими понятными фразами, уверенным тоном (например, «Выпей воды», «Умойся»).
5. Часто после аффекта наступает упадок сил. Если есть возможность, уложите ребенка на кушетку, диван.
6. Не оставляйте ребенка, наблюдайте за его состоянием.

Ситуация с подозрениями на суицидальное поведение у подростка.

1. Изучите информацию о чувствах и поведении человека в кризисных ситуациях.
2. Сохраняйте понимающую и вежливую позицию.
3. Будьте способны принять, что суицид не всегда можно предупредить.
4. Необходимо понимать, что суицид – это не игра и не беспомощная попытка привлечь к себе внимание.
5. Говорите с подростком о его чувствах, переживаниях, не оставляйте его в изоляции.

6. Избегайте моральных оценок и директивного тона в беседе с подростком.
7. Умейте справляться с собственными страхами, будьте способны говорить о суициде и задавать нужные, максимально конкретные вопросы.
8. Проявляйте уважение к чувствам, мыслям, рассуждениям и ценностям подростка.
9. Избегайте обещаний и обязательств, которые не сможете выполнить.
10. Избегайте принятия решений «вместо» подростка-суицидента.

Часто подростки высказывают свою удовлетворенность беседой, что усыпляет бдительность окружающих. Следует помнить, что суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов.

ОСНОВНЫЕ ВЕКТОРЫ, НА КОТОРЫЕ СТОИТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Подростковый возрастной контент:

- Осведомленность о потенциальных факторах риска и о признаках непосредственно самого суицидального поведения может помочь подросткам замечать среди сверстников тех, которые подвержены риску суицида.
- Возможность и доступность обращения за помощью самому подростку или оказание поддержки в решении обратиться за помощью. Это может быть особенно важно для подростков, у которых есть проблемы психического здоровья.

Семейное окружение:

- Родители должны быть вовлечены и стремиться к близким и поддерживающим отношениям со своими детьми и подростками.
- Очень важно, чтобы родители могли разговаривать со своими детьми о самоубийстве с позиции любящего, доверяющего взрослого, без осуждения.
- Родители должны быть осведомлены о доступных ресурсах поддержки и помощи при возникновении тревожных признаков или ситуаций, связанных с суицидальным риском.
- Родители должны быть способны выявлять и ограничивать доступ к потенциальным факторам суицидального риска, таких как медицинские препараты, наркотики, алкоголь, огнестрельное оружие, это может помочь снизить риск самоубийства.

Школьный контент:

- Создание включенной и поддерживающей школьной среды, которая может служить защитным фактором для подростков из группы риска.
- Доступность информации о проблеме суицидов необходима, как для школьников, так для учителей и родителей, для возможности оценки суицидальных тенденций у подростков из группы риска. Открытые беседы повышают осведомленность участников образовательного процесса о признаках и причинах суицидального риска.
- Обязательное просвещение по проблемам суицидальных рисков в качестве обязательных требований к школьным программам может помочь учащимся научиться определять признаки суицидальности у своих ровесников и обращаться за помощью.
- Школьная политика, регулирующая доступ подростков к интернету в школе и ограничение доступа к сайтам, поддерживающих суицид.
- Продвижение и доступ к интернет-ресурсам по предотвращению самоубийств и

возможность использования экстренной on-line помощи.

- Профилактические мероприятия должны затрагивать всех, а не только детей и подростков, находящихся в группе риска.

Социум:

- Общество в целом должно признать, что проблема суицида и суицидального поведения актуальна в любом социуме. Признание проблемы будет способствовать возможности ее предотвращения.
- Снижение стигматизации проблемы суицидального поведения позволит подросткам из группы риска и их семьям обращаться за квалифицированной помощью без опасений.
- Обеспечение доступа к ресурсам по улучшению психического здоровья имеют решающее значение.

СУИЦИД: ФАКТЫ И МИФЫ

Миф	Факт
1. Если человек говорит о самоубийстве, он просто хочет привлечь к себе внимание.	1. Человек, который говорит о самоубийстве или совершает суицидальную попытку, испытывает сильную душевную боль. Он старается поставить других людей в известность об этом. Никогда не игнорируйте угрозу совершения самоубийства и не избегайте возможности обсудить возникшие трудности.
2. Настоящее самоубийство случается без предупреждения.	2. Результаты исследований показали, что человек, готовящий самоубийство, дает много предупреждающих знаков и «сигналов» о предстоящем действии. Примерно 8 из 10 суицидентов подают окружающим предупреждающие знаки о грядущем поступке.
3. Самоубийство наследуется из поколения в поколение.	3. Не существует гена самоубийства.
Человек лишь использует аутоагрессивные модели поведения, если они существуют в семье или значимом окружении.	развод родителей
4. Разговоры о суициде могут провоцировать его совершение. Лучше избегать этой темы.	4. Беседы о самоубийстве не является его причиной, а наоборот, могут стать первым шагом предупреждения суицида.
5. Суицид – редкое явление.	5. Каждые 40 секунд в мире происходит самоубийство.
Суициды – вторая ведущая причина смерти среди возрастной категории 15-29 лет.	
6. Самоубийства совершают люди из верхних слоев общества – политики, писатели, артисты.	6. Известно, что суицид совершают люди всех социальных групп. Количество самоубийств на всех уровнях общества примерно одинаково.

7. Все суицидальные личности страдают психическими расстройствами.	7. Не все люди, совершающие суицид, психически больны. Человек, задумавший самоубийство, чувствует безнадежность и беспомощность, не видит выхода из возникших трудностей, из болезненного эмоционального состояния. Это совсем не значит, что он страдает каким-то психическим расстройством.
8. Человек, который задумал самоубийство, просто не хочет жить.	8. Подавляющее большинство людей, задумавших самоубийство, колеблются в выборе между жизнью и смертью. Они скорее хотят избавиться от непереносимой душевной боли, нежели хотят умереть.
9. Все действия во время суицидальной попытки являются импульсивными, непродуманными.	9. Не всегда так происходит. Большинство людей пытающихся уйти из жизни предварительно обдумывают свои действия, составляют определенный план, косвенно сообщая о нем окружающим.
10. Все самоубийцы – депрессивные люди, поэтому помочь им может только врач.	10. Не все суициденты страдают депрессией. Самоубийство может быть совершено любым человеком, любого типа характера, с любыми наклонностями.
11. Если человек уже решил умереть, его невозможно остановить.	11. Большинство людей, имеющих суицидальные намерения, колеблются между желанием жить и желанием умереть. Обращение за помощью к специалистам говорит об этой амбивалентности и надежде найти другой выход.
12. Если человек в прошлом совершил суицидальную попытку, то больше подобное не повторится, так как уже есть болезненный опыт.	12. Очень многие повторяют эти действия вновь и вновь и достигают желаемого результата.

КИНОЛЕКТОРИЙ КАК ФОРМА РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ, ПЕДАГОГАМИ И УЧАЩИМИСЯ

Кинолекторий – это одна из форм психолого-педагогической работы, включающая просмотр и обсуждение фильма с заинтересованными лицами: родителями, педагогами, учащимися. Для его проведения нужно выбрать подходящее название, например «Я выбираю жизнь», «Простые жизненные сложности», «Как выжить в этом безумном мире» и др.

Цель организации кинолектория, направленного на профилактику суицидального поведения:

- наглядная демонстрация факторов, приводящих к суицидальному поведению;
- показ влияния семейной и социальной среды на формирование суицидальных намерений;
- ознакомление с чувствами и переживаниями всех, кто связан с суицидентом;
- характеристика подросткового, юношеского и взрослого периодов жизни как очень непростых в плане принятия решений.

Кинолекторий по профилактике суицидального поведения – это знакомство с фильмами, где подростки, юноши, а иногда и взрослые люди, не выдерживая семейного давления, неуверенности, требований социума, выбирают уйти – или мужественно борются с аутодеструктивными мыслями и намерениями. Важно уделить внимание антисуицидальным, протективным, защитным факторам: хорошим отношениям, дружбе и любви, поддержке. Неожиданные сюжетные повороты, юмор, интриги – все это позволяет рассказать о сложном периоде взросления и его «черных дырах».

Психолог, организующий кинолекторий, проводит свою работу по следующей схеме.

1. Объявление о кинолектории с приглашением всех заинтересованных. В объявлении может содержаться следующая информация: название и сюжет фильма; основные персонажи фильма; актёры; знаковые фразы из фильма; съёмочная группа (режиссёр, автор сценария и др.).
2. Предварительная беседа о фильме: год выхода, режиссер, прием со стороны критиков; интересные факты.
3. Просмотр фильма. Все фильмы скачиваются заранее с доступных интернет-ресурсов.
4. Обсуждение фильма.

Список универсальных вопросов, которые могут быть заданы организатором кинолектория при обсуждении фильма:

- Понравился ли фильм?
- О чём для вас фильм? Что в нём вызвало сильные эмоции? Какие именно? Почему?
- Как вы думаете, по какой причине герой повел себя таким образом?
- Мог ли герой действовать в данной ситуации иначе? Как именно?
- Что могло помочь герою?
- Какой из героев фильма вызвал у вас самую сильную симпатию? Почему?
- Если бы вы были на месте героя, как бы вы поступили?
- Если бы вы были на месте других персонажей фильма (родителей, друзей, педагогов, сотрудников), как бы вы поступили?
- Чем этот фильм похож на вашу собственную жизнь?
- Что в вашей жизни похоже на ситуации, показанные в фильме?

Перечень фильмов для кинолектория по профилактике суицидального поведения может чередоваться с картинками на актуальные для подростков и юношей темы: любви, отвержения, непонимания, отсутствия смысла, травмы и др.



ОБЩЕСТВО МЕРТВЫХ ПОЭТОВ

Год производства: 1989

Страна: США

Жанр: драма, комедия

Слоган: «Он был их вдохновением. Он сделал их жизнь необычной»

Сюжет. Джон Китинг — новый преподаватель английской словесности в консервативном американском колледже. От чопорной массы учителей его выгодно отличают легкость общения, эксцентричное поведение и пренебрежение к программе обучения.

Однажды он посвящает своих подопечных в тайну Общества мертвых поэтов. С этого

момента каждый из учеников старается обрести свой собственный голос в безликом хоре, взглянуть на окружающий мир, высоко подпрыгнув над серой школьной оградой.



ДЕВСТВЕННИЦЫ-САМОУБИЙЦЫ

Год производства: 1999

Страна: США

Жанр: драма, мелодрама

Слоган: «Красивый, загадочный, захватывающий, неизменно фатальный. Как жизнь»

Режиссер: София Коппола

Сценарий: София Коппола, Джеффри Евгенидис

Сюжет. В семье Лисбон пять дочерей-подростков. После того, как 13-летняя Сесилия кончает жизнь самоубийством, ее оставшиеся в живых сестры становятся объектом пристального внимания всех жителей городка, особенно соседских парней, устраивающих за девочками настоящую слежку.

Желая оградить дочерей от окружающих, родители постепенно прекращают всяческое общение с внешним миром и запрещают дочерям выходить из дома.



СЕМЬ ЖИЗНЕЙ

Год производства: 2008

Страна: США

Жанр: драма

Слоган: «Они не знакомы. У них разные судьбы. Но у них одна тайна»

Режиссер: Габриэле Муччино

Сценарий: Грант Нипорте

Сюжет. Тим Томас живет с тяжелым грузом – по его вине погибло семь человек, в том числе и его жена. Спустя время он решает искупить свою вину и помочь семи нуждающимся, смертельно больным людям. Ради них он готов пожертвовать жизнью.



ВЕРОНИКА РЕШАЕТ УМЕРЕТЬ

Год производства: 2009

Страна: США

Жанр: драма, мелодрама

Слоган: «Иногда нужно умереть, чтобы начать жить»

Режиссер: Эмили Янг

Сценарий: Ларри Гросс, Роберта Хэнли, Пауло Козльо

Сюжет. После неудавшейся попытки самоубийства Вероника оказывается в сумасшедшем доме. Когда она окончательно приходит в себя, врачи сообщают ей неутешительную новость: у нее неисправимые проблемы с сердцем и жить ей осталось не так уж и долго. Удастся ли Веронике победить болезнь и вновь обрести желание жить и любить?



ВЫ УМРЁТЕ, ИЛИ МЫ ВЕРНЁМ ВАМ ДЕНЬГИ

Год производства: 2018

Страна: Великобритания

Жанр: боевик, комедия

Слоган: «Если вы серьезно настроены положить этому конец, возможно, вам понадобится профессиональная помощь»

Режиссер: Том Эдмундс

Сценарий: Том Эдмундс

Сюжет. После очередной неудавшейся попытки свести счеты с жизнью незадачливый писатель Уильям обращается к услугам наемного убийцы Лесли, неумолимого ангела смерти из «Гильдии Убийц» – организации, готовой оказать помощь всякому, кто нуждается в быстром и безболезненном уходе из жизни. У Лесли доброе сердце, но нетвердая рука. Начальство мечтает отправить его на пенсию, а подвернувшийся контракт – единственный шанс отсрочить неизбежное. Однако в дело вмешивается случай: Уильяму вдруг улыбнулась судьба, и он влюбился.



ЭТО ОЧЕНЬ ЗАБАВНАЯ ИСТОРИЯ

Год производства: 2010

Страна: США

Жанр: драма, мелодрама, комедия

Слоган: «Иногда то, что у тебя в голове, не так безумно, как ты думаешь»

Режиссер: Анна Боден, Райан Флек

Сценарий: Анна Боден, Райан Флек, Нед Виззини

Сюжет. 16-летний Крэйг переживает депрессию и пытается найти помощь в клинике для душевнобольных. Там он случайно попадает в отделение для взрослых, а один из пациентов, Бобби, вскоре становится наставником Крэйга и одновременно – его протеже. Юноша также проникается симпатией к одной из пациенток – своей ровеснице Ноэлль. Всего за пять дней Крэйгу предстоит очень многое узнать о жизни, дружбе, любви и о тех трудностях, с которыми сопряжена пора взросления.



СЕРИАЛ «13 ПРИЧИН ПОЧЕМУ» (2017 – 2020)

Год производства: 2017 (4 сезона)

Страна: США

Жанр: драма, детектив

Слоган: «Если вы слушаете, вы опоздали»

Сюжет. Несколько лет назад Ханна Бейкер покончила жизнь самоубийством при загадочных обстоятельствах. Спустя некоторое время молодой человек по имени Клей Дженсен обнаруживает целый ящик с аудиокассетами, который кто-то оставил возле его дома. Парень решает прослушать записи. На них оказывается аудиодневник той самой Ханны Байкер. Оказывается, девушка постоянно записывала свои мысли на пленку накануне самоубийства. Она рассказала, что у неё есть целых 13 причин, которые толкают её на столь радикальный шаг. И Клэй – одна из них.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ранее выявление риска суицидального и поведения имеет особую значимость с точки зрения возможности предупреждения и психологической профилактики совершения попыток самоубийства. Особую значимость имеют методики, позволяющие определить психологическую склонность человека к совершению самоубийства, степень суицидального риска.

Ниже представлен арсенал диагностических методик, которые можно использовать для выявления суицидального риска у детей и подростков.

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю 2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю 3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда 4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу 5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто 6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю 7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так 2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен 3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время 4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет 5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше 6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю 7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко

0-7 баллов →
8-10 баллов → «с
11 баллов и выше → «к «норма» отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе».

1.

- 0 Мне не грустно.
- 1 Мне грустно или тоскливо.
- 2 Мне все время тоскливо или грустно и я ничего не могу с собой поделать

- 3 Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести.
- 2.
- 0 Я смотрю в будущее без особого разочарования.
 - 1 Я испытываю разочарование в будущем.
 - 2 Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.
 - 3 Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может.

3.

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.
- 2 Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач.
- 3 Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родители).

4.

- 0 У меня не потерян интерес к другим людям.
- 1 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.
- 2 У меня потерян почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним.
- 3 У меня потерян всякий интерес к другим людям и они меня совершенно не заботят.

5.

- 0 Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда.
- 1 Я пытаюсь отсрочить принятые решения.
- 2 Принятие решений представляет для меня огромную трудность.
- 3 Я больше совсем не могу принимать решения.

6.

- 0 Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.
- 1 Меня беспокоит то, что я выгляжу непривлекательно.
- 2 Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят постоянные изменения, делающие меня непривлекательным.
- 3 Я чувствую, что выгляжу гадко и отталкивающе.

7.

- 0 Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности.
- 1 Ничто не радует меня так, как раньше.
- 2 Ничто больше не дает мне удовлетворения.
- 3 Меня не удовлетворяет всё.

8.

- 0 Я не чувствую никакой особенной вины.
- 1 Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным.
- 2 У меня довольно сильное чувство вины.
- 3 Я чувствую себя очень скверным и никчемным.

9.

- 0 Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать.
- 3 Я не могу выполнять никакую работу.

10.

- 0 Я не испытываю разочарования в себе.
- 1 Я разочарован в себе.
- 2 У меня отвращение к себе.
- 3 Я ненавижу себя.

11.

- 0 У меня нет никаких мыслей о самоповреждении.
- 1 Я чувствую, что мне было бы лучше умереть.
- 2 У меня есть определенные планы совершения самоубийства.
- 3 Я покончу с собой при первой возможности.

12.

- 0 Я устаю ничуть не больше, чем обычно.
- 1 Я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю от любого занятия.
- 3 Я устал чем бы то ни было заниматься.

13.

- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит не так хорош, как бывало.
- 2 Мой аппетит теперь гораздо хуже.
- 3 У меня совсем нет аппетита.

Обработка и интерпретация результатов:

До 9 баллов удовлетворительное эмоциональное состояние – 4 балла,

От 10 до 19 баллов легкая депрессия – 3 балла

От 19 до 22 баллов умеренная депрессия – 2 балла

Более 23 баллов тяжелая депрессия – 1 балл

Уровень депрессии в 19 баллов считается клиническим нарушением; уровень выше 24 баллов указывает на необходимость терапии – возможно с применением антидепрессантов. Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ М. КОВАЧ

Данный опросник, разработанный Maria Kovacs и адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии и психиатрии НИИ психологии, позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов – сниженного

настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения.

Опросник представляет собой самооценочную шкалу для детей и подростков от 7 до 17 лет (дети 3-7 лет отвечали на соответствующие вопросы врача). Состоит из 27 триад высказываний. Испытуемому предлагается выбрать одно высказывание в каждой группе, в зависимости от того, как он себя чувствует себя в последнее время. При обработке данных по каждому пункту в зависимости от пометки, сделанной испытуемым, выставляется балл от 0 до 2.

Предъявление

Попросите ребенка записать свое имя или запишите сами. Убедитесь в том, что ребенок полностью понял содержание опросника и инструкцию – тщательно и полно оценит, как он себя чувствовал в течении последних двух недель. Для маленьких детей и для детей с трудностями в течении проведения диагностики необходимо зачитать как инструкцию, так и каждый пункт шкал.

Предъявление

Попросите ребенка записать свое имя или запишите сами. Убедитесь в том, что ребенок полностью понял содержание опросника и инструкцию – тщательно и полно оценит, как он себя чувствовал в течении последних двух недель. Для маленьких детей и для детей с трудностями в течении проведения диагностики необходимо зачитать как инструкцию, так и каждый пункт шкал.

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждую группу приведенных ниже утверждений и зачеркните соответствующий квадратик, в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

Стимульный материал

- 1) У меня редко бывает грустное настроение.
2) У меня часто бывает грустное настроение.
3) У меня все время грустное настроение.

- 1) У меня никогда ничего не получится.
2) Я не уверен, что у меня все получится.
3) У меня все получится.

- 1) В основном я все делаю правильно.
2) Я многое делаю не так.
3) Я все делаю неправильно.

- 1) Многое для меня является забавным.
2) Некоторые вещи меня забавляют.
3) Ничто меня не забавляет.

- 1) Я все время себя плохо чувствую.

- 2) Я часто себя плохо чувствую.
3) Я редко себя плохо чувствую.
6. 1) Я думаю о неприятностях, происходящих со мной время от времени.
2) Я беспокоюсь, что со мной могут произойти неприятности.
3) Я уверен, что со мной произойдет что-то ужасное.
7. 1) Я себя ненавижу.
2) Я себе не нравлюсь.
3) Я доволен собой.
8. 1) Все плохое происходит по моей вине.
2) Многие плохие вещи происходят из-за меня.
3) Во всем плохом, что происходит со мной, нет моей вины.
9. 1) Я не думаю о самоубийстве.
2) Я думаю о самоубийстве, но никогда его не совершу.
3) Я хочу покончить с собой.
- 10.1) Желание заплакать я испытываю каждый день.
2) Желание плакать появляется у меня довольно часто.
3) Желание заплакать я испытываю редко.
11. 1) Меня все время что-то беспокоит.
2) Меня часто что-то беспокоит.
3) Меня редко что-то беспокоит.
12. 1) Я люблю находиться среди людей.
2) Я не люблю часто бывать с людьми.
3) Я вообще не хочу быть с людьми.
13. 1) Я не могу изменить свое мнение о чем-либо.
2) Мне сложно изменить свое мнение, о чем либо.
3) Я легко изменяю свое мнение
14. 1) Я выгляжу хорошо.
2) В моей внешности есть недостатки.
3) Я выгляжу безобразно.

15. 1) Я должен постоянно заставлять себя делать домашнее задание.
2) Я часто должен заставлять себя делать домашнее задание.
3) У меня нет проблем с подготовкой домашнего задания.
16. 1) Я плохо сплю каждую ночь.
2) Я часто плохо сплю.
3) У меня нормальный сон.
17. 1) Я редко чувствую себя усталым.
2) Я часто чувствую себя усталым.
3) Я все время чувствую себя усталым.
18. 1) У меня часто нет аппетита.
2) Иногда у меня нет аппетита.
3) Я всегда ем с удовольствием.
19. 1) Меня не беспокоят ни боль, ни недомогание.
2) Меня часто беспокоят боль или недомогание.
3) Я все время испытываю боль или недомогание.
20. 1) Я не чувствую себя одиноким.
2) Я часто чувствую себя одиноким.
3) Я все время чувствую себя одиноким.
21. 1) В школе ничто не доставляет мне радости.
2) В школе мне бывает приятно только время от времени.
3) Мне часто радостно в школе.
22. 1) У меня много друзей.
2) У меня есть друзья, но я бы хотел, чтобы их было больше.
3) У меня совсем нет друзей.
23. 1) С учебой у меня все хорошо.
2) Моя успеваемость ухудшилась по сравнению с прошлым.
3) Я плохо успеваю по предметам, которые раньше мне давались легко.
24. 1) Я никогда не стану таким же благополучным человеком, как другие.
2) Я могу стать таким же благополучным человеком, как другие.

- 3) Я такой же благополучный, как и остальные люди.
25. 1) Меня никто не любит.
2) Я не уверен, что меня хоть кто-нибудь любит.
3) Я уверен, что меня кто-то любит.

26. 1) Я часто делаю то, что мне говорят.
2) В большинстве случаев я не делаю того, что мне говорят.
3) Я никогда не делаю то, что мне говорят.

27. 1) Я хорошо лажу с людьми.
2) Я часто ссорюсь.
3) Я постоянно ввязываюсь в ссоры.

Ключ:

№	выбор	балл
1,3,4,6,9,12,14,17,19,20,22,23,26,27	1	0
	2	1
	3	2
2,5,7,8,10,11,13,15,16,18,21,24,25	1	2
	2	1
	3	0

Интерпретация:

0-10 – состояние без депрессии;

11-16 – легкое снижение настроения;

17-19 – субдепрессия, или маскированная депрессия;

20 – критическое число, рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации депрессивного заболевания.

Шкала А (негативное настроение п. п. 1, 6, 8, 10, 11, 13) – общее снижения настроения негативная оценка собственной эффективности в целом, постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности.

Шкала В (межличностные проблемы п. п. 5, 12, 26, 27) – идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм непослушание.

Шкала С (неэффективность п. п. 3, 15, 23, 24) – высокий уровень убеждения неэффективности в школе.

Шкала D (ангедония п. п. 4, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22) – высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества.

Шкала E (негативная самооценка п. п. 2, 7, 9, 14, 25) – негативная оценка собственной неэффективности наличие суицидальных мыслей.

Подсчет общего показателя: эта сумма баллов выбранных ребенком вариантов ответов по всем пунктам теста. По каждой шкале теста также подсчитывается балл.

ОПРОСНИК ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИДА ОДИНОЧЕСТВА (С.Г. КОРЧАГИНА)

Цель: определение и глубины переживания одиночества, и его вида (диффузное, отчуждающее, диссоциированное).

Инструкция. Вам предлагается 30 вопросов или утверждений и два варианта ответов на них (да или нет), выберете тот, который наиболее соответствует вашему представлению о себе.

Опросник

1. Думаете ли Вы о том, что никто не знает Вас по-настоящему?
2. Испытываете ли Вы в последнее время недостаток в дружеском общении?
3. Думаете ли Вы о том, что близкие и друзья не очень-то беспокоятся о Вас?
4. У Вас возникает мысль о том, что по-настоящему Вы никому не нужны? (легко справятся и без Вас)?
5. Опасаетесь ли Вы показаться навязчивым со своими откровениями?
6. Кажется ли Вам, что Ваша смерть не принесет особых страданий близким и друзьям?
7. Есть ли в Вашей жизни люди, с которыми Вы чувствуете себя «своим»?
8. Бывает ли так, что Вы испытываете противоположные чувства по отношению к одному и тому же человеку?
9. Ваши чувства носят порой экстремальный характер?
10. Бывает ли у Вас ощущение, что вы «не от мира сего», все у Вас не так, как у других?
11. Вы больше стремитесь к своим друзьям, чем они к Вам?
12. Считаете ли Вы, что больше отдаете людям, чем получаете от них?
13. У Вас хватает душевных сил истинно глубоко сопереживать другому человеку?
14. Находите ли Вы средства в полной мере выразить свое сопереживание страдающему?
15. Захватывает ли Вас переживание (тоска, сожаление, боль, раскаяние) о чем-то безвозвратно ушедшем?
16. Замечаете ли Вы, что люди почему-то сторонятся Вас?
17. Трудно ли Вам простить себя за слабость, ошибку, оплошность?
18. Хотелось бы Вам как-то изменить себя?
19. Считаете ли Вы нужным что-то менять в своей жизни?
20. Чувствуете ли Вы достаточный резерв сил, чтобы самостоятельно изменить свою жизнь к лучшему?
21. Испытываете ли Вы перегруженность поверхностными социальными контактами?
22. Чувствуете ли Вы, что другие люди понимают, что Вы отличаетесь от них и в общем-то – «чужой»?
23. Ваше настроение, состояние зависит от настроения, состояния, поведения других людей?
24. Вам нравится быть наедине с собой?
25. Когда Вы чувствуете, что не нравитесь кому-то, стремитесь ли изменить о себе мнение?
26. Стремитесь ли Вы к тому, чтобы все и всегда Вас правильно понимали?

27. Считаете ли Вы, что хорошо знаете свои привычки, особенности, склонности?
28. Бывает ли так, что Вы сами себя удивляете неожиданным поступком (реакцией, словом)?
29. Случается ли так, что Вы не можете установить устраивающие Вас отношения?
30. Было ли когда-нибудь так, что Вы чувствовали себя полностью принятым, понятым?

Обработка результатов и интерпретация

Обработка производится в соответствии с ключом, простым суммированием баллов.

Ключ:

Диффузное	«+»	4, 6, 11, 12, 13, 14, 21, 23, 25, 26
	«-»	2, 11, 24, 27
Отчуждающее	«+»	1, 2, 5, 16, 22, 24, 27, 29
	«-»	11, 13, 14, 23, 25, 26, 30
Диссоциированное	«+»	1, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 19, 28
	«-»	17, 20, 27, 30
Состояние одиночества (без определения вида)	«+»	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 29, 22
	«-»	13, 14, 30, 24

Интерпретация:

Люди с **диффузным одиночеством** идентифицируются с разными социальными группами и людьми, результатом чего является утрата собственного Я.

В состоянии острого переживания диффузного одиночества человек пытается взаимодействовать с другими людьми. Он надеется найти в общении с ними подтверждение того, что он существует, значим, ценен. Это невозможно, потому что человек не знает, кто он и какой, общаясь с другими в масочно-ролевом формате. Не имея доступа к собственным чувствам и потребностям, человек не очень хорошо понимает, в чем он нуждается, не умеет это просить у других и в итоге сталкивается с разочарованием и непонятностью, что еще глубже погружает его в одиночество.

Такие люди очень остро реагируют на стрессы, выбирая стратегию поиска сочувствия и поддержки. В страхе перед экзистенциальным одиночеством человек пытается «убежать» от этого ужаса к людям. Он выбирает ту стратегию взаимодействия с ними, которая, по его мнению, обеспечит ему хотя бы временное принятие – идентификацию. Человек начинает демонстрировать абсолютное согласие с мнениями, принципами, моралью, интересами того, с кем общается. По сути, человек сливается с другим в «мы» и утрачивает свое Я. Однако другой рано или поздно дистанцируется, и человек вновь переживает жесточайшее одиночество, наполненное страхом, разочарованием и ощущением бессмысленности своего существования. При успешной терапии данного состояния человек начинает понимать, кто он, чего хочет, куда стремится. Он становится более целостной и зрелой личностью.

Отчуждающее одиночество проявляется в тенденции человека отдаляться от других людей. Такой человек характеризуется возбудимостью, тревожностью, скачками настроения, низкой эмпатией, конфликтностью, выраженной неспособностью к сотрудничеству, подозрительностью и зависимостью в межличностных отношениях.

Человек постепенно отчуждается от других людей, норм и ценностей, принятых в обществе, от мира в целом. Утрачиваются значимые связи и контакты, интимность, приватность в общении, способность к близости. Человек чувствует себя покинутым, потерянным, заброшенным, отстраненным от других. Он уже не знает, как найти необходимый отклик и понимание. Невозможность быть выслушанным, понятым, принятым часто приводит к убеждению в собственной ненужности, к потере интереса к жизни. Человек неосознанно отвечает другим тем же, что чувствует по отношению к себе: отверженностью, неприятием, небрежением.

Жизнь становится настолько невыносимой, что нередко возникают мысли о самоубийстве. Такие люди выглядят недоверчивыми, подозрительными, приписывают другим плохие намерения. Они часто испытывают тоску, депрессию, реже – тревогу, не имея возможности с кем-то поделиться. Им кажется, что рядом нет никого, способного выслушать и понять. Термин «отчуждающее» предполагает протяженность процесса и состояния во времени. Отчуждение носит двусторонний характер, то есть со временем люди, от которых человек дистанцировался, начинают по отношению к нему вести себя аналогичным образом.

Диссоциированное одиночество представляет собой наиболее сложное состояние, как по переживаниям, так и по происхождению и проявлениям. Его формирование описывается ярко выраженными процессами идентификации и отчуждения и резкой их сменой по отношению даже к одним и тем же людям. Сначала человек отождествляет себя с другим, принимая его образ жизни и следуя ему, безгранично доверяет «как самому себе». Именно это «как самому себе» составляет основу для понимания психологического развития данного состояния. После полной идентификации следует резкое отчуждение, отстранение, дистанцирование от другого. Это происходит по причине категорического непринятия человеком отдельных характеристик своей личности. Как только он видит собственные непринятые качества в другом (объекте идентификации), последний сразу же отвергается. Происходит резкое и безоговорочное отчуждение, дистанцирование, отстранение. При этом переживается острое, четкое, осознаваемое, болезненное чувство одиночества.

Диссоциированное одиночество выражается в сочетании противоположных, полярных тенденций: в тревожности, возбудимости и демонстративности характера, конфликтности; сочетании то высокого, то крайне низкого уровня эмпатии; то доминирования, то подчиняемости в межличностных отношениях.

Субъективно позитивный вид одиночества – **управляемое одиночество**, или уединенность. Оно представляет собой вариант переживания психологической отдельности, собственной индивидуальности, ценности, уникальности. Возникает в случае здорового развития процессов и результатов идентификации и разотождествления. Это динамическое равновесие можно рассматривать как одно из проявлений психологической устойчивости личности относительно воздействий социального окружения.

ТЕСТ СДП (Э.В. ЛЕУС)

Инструктаж перед тестированием:

Вам предлагается ряд вопросов, которые помогут определить некоторые свойства

Вашей личности. Здесь не может быть ответов «правильных» и «ошибочных». Мы ждем Ваш ответ, основанный на Вашем мнении. Отвечая на каждый вопрос, выберите ответ, который в наибольшей степени соответствует Вашему мнению о себе, и поставьте отметку напротив в виде любого значка (х, v, + и или другая отметка).

Отвечая, помните:

1. Не нужно тратить много времени на обдумывание. Давайте тот ответ, который первым придет к Вам в голову. Отвечать нужно как можно точнее, но не очень медленно.
2. Старайтесь не увлекаться неопределенными ответами слишком часто.
3. Обязательно отвечайте на все вопросы подряд, ничего не пропуская. Возможно, некоторые вопросы покажутся Вам не очень точно сформулированными, но и тогда постарайтесь найти наиболее точный ответ. Некоторые вопросы могут показаться Вам личными, но Вы можете быть уверены в том, что ответы не будут разглашены.
4. Не старайтесь произвести хорошее впечатление своими ответами, они должны соответствовать действительности.

Код Возраст Пол
Если ты согласен с утверждением – ДА, не согласен – НЕТ, если не уверен – ИНОГДА.

	ВОПРОС	ДА	ИНОГДА	НЕТ
1	Я всегда сдерживаю свои обещания.			
2	У меня бывают мысли, которыми я не хотел бы делиться.			
3	Разозлившись, я нередко выхожу из себя.			
4	Бывает, что я сплетничаю.			
5	Бывает, что я говорю о вещах, в которых ничего не смыслю.			
6	Я всегда говорю только правду.			
7	Я люблю прихвастнуть.			
8	Я никогда не опаздываю.			
9	Все свои привычки я считаю хорошими.			
10	Бывает, спорю и ссорюсь с родителями.			
11	Бывает, я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.			
12	Я всегда покупаю билет в транспорте.			
13	Бывает, мне хочется выругаться грубыми нецензурными словами.			
14	Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.			
15	Я никогда не нарушаю правил общественного поведения.			
16	Я не хочу учиться и работать.			
17	Я могу уйти из дома жить в другое место.			

18	Меня забирали в полицию за плохое поведение.			
19	Я могу взять чужое, если мне надо или очень хочется.			
20	Состою на учете в подразделении по делам несовершеннолетних.			
21	Меня часто обижают окружающие (обзывают, бьют, отбирают деньги и вещи).			
22	У меня есть судимые родственники и/или знакомые.			
23	У меня бывают сильные желания, которые обязательно надо исполнить.			
24	У меня бывает желание отомстить, восстановить справедливость.			
25	Я не верю окружающим.			
26	Хочу быть великим и всемогущим.			
27	Я испытываю отчаяние, обиду, бессильный гнев.			
28	Я завидую своим одноклассникам, другим людям, взрослым.			
29	Если нельзя, но очень хочется – значит можно.			
30	Сильным и богатым людям необязательно соблюдать все правила и законы.			
31	Я курю.			
32	Я употребляю пиво и/или другие спиртные напитки.			
33	Я нюхал клей, растворители, пробовал наркотики, курительные смеси.			
34	Мои родители злоупотребляют спиртным.			
35	Мои друзья курят, употребляют спиртное.			
36	Люди пьют за компанию, для поддержания хорошего настроения			
37	Пить и курить – это признаки взрослости.			
38	Я пью/курю из-за проблем в семье, школе, от одиночества.			
39	Дети и взрослые пьют и курят, потому что это модно и доступно.			
40	Дети пьют и курят из любопытства, по глупости.			
41	Удовольствие — это главное, к чему стоит стремиться в жизни.			
42	Мне необходимы сильные переживания и чувства.			
43	Я хотел бы попробовать спиртное, сигареты, наркотики, если бы этого никто не узнал.			
44	Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.			

45	Если в моей компании будет принято, то и я буду курить и пить пиво.			
46	Я редко жалею животных, людей.			
47	Я часто пререкаюсь или ругаюсь с учителями, одноклассниками.			
48	Я часто ссорюсь с родителями.			
49	Я не прощаю обиды.			
50	Если у меня плохое настроение, то я испорчу его еще кому-нибудь.			
51	Люблю посплетничать.			
52	Люблю, чтобы мне подчинялись.			
53	Предпочитаю споры решать дракой, а не словами.			
54	За компанию с друзьями могу что-нибудь сломать, приставать к посторонним.			
55	Часто испытываю раздражение, отвращение, злость, ярость, бешенство.			
56	У меня бывает желание что-то сломать, громко хлопнуть дверью, покричать, поругаться или подражаться.			
57	В порыве гнева я могу накричать или ударить кого-то.			
58	Я охотно бы участвовал в каких-нибудь боевых действиях.			
59	Могу нарочно испортить чужую вещь, если мне что-то не нравится.			
60	Я хочу быть взрослым и сильным.			
61	Я чувствую, что меня никто не понимает, мной никто не интересуется.			
62	Я чувствую, что от меня ничего не зависит, безнадежность, беспомощность.			
63	Я могу причинить себе боль.			
64	Я бы взялся за опасное для жизни дело, если бы за это хорошо заплатили.			
65	Было бы лучше, если бы я умер.			
66	Я испытываю чувство вины перед окружающими, родителями.			
67	Я не люблю решать проблемы сам.			
68	У меня есть желания, которые никак не могут исполниться.			
69	Я не очень хороший человек.			
70	Я не всегда понимаю, что можно делать, а что нельзя.			
71	Я часто не могу решиться на какой-либо поступок.			

72	Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.			
73	Я нуждаюсь в теплых, доверительных отношениях.			
74	Терпеть боль назло мне бывает даже приятно.			
75	Я испытываю потребность в острых ощущениях.			

Интерпретация результатов:

I шкала социально обусловленное поведение (СОП)	0-10	отсутствие ориентации на социально обусловленное поведение, преобладает индивидуализация
	11-20	обнаружена ориентация на социально обусловленное поведение – подростковая реакция группирования
	21-30	сформированная модель социально обусловленного поведения
II шкала делинквентное поведение (ДП)	0-10	отсутствие признаков делинквентного поведения
	11-20	обнаружена ситуативная предрасположенность к делинквентному поведению
	21-30	сформированная модель делинквентного поведения
III шкала зависимое (аддиктивное) поведение (ЗП)	0-10	отсутствие признаков зависимого поведения
	11-20	обнаружена ситуативная предрасположенность к зависимому поведению
	21-30	сформированная модель зависимого поведения
IV шкала агрессивное поведение (АП)	0-10	отсутствие признаков агрессивного поведения
	11-20	обнаружена ситуативная предрасположенность к агрессивному поведению
	21-30	сформированная модель агрессивного поведения
V шкала суицидальное (аутоагрессивное) поведение (СП)	0-10	отсутствие признаков аутоагрессивного поведения
	11-20	обнаружена ситуативная предрасположенность к аутоагрессивному поведению
	21-30	сформированная модель аутоагрессивного поведения

МЕТОДИКА «КАРТА РИСКА СУИЦИДА» (МОДИФИКАЦИЯ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ Л.Б. ШНЕЙДЕР)

Цель: определить степень выраженности факторов риска суицида у подростков.

Возраст: дети подросткового возраста. 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.

Фамилия, имя _____

Класс _____

Фактор риска выражен	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно
I. Биографические данные			
1. Ранее имела место попытка суицида	- 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытка 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			
А – вид конфликта:			
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
Б – поведение в конфликтной ситуации:			
5. Высказывание с угрозой суицида	- 0,5	+2	+3
В – характер конфликтной ситуации:			
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
Г – эмоциональная окраска конфликтной ситуации:			
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			
А – волевая сфера личности:			
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
Б – эмоциональная сфера личности:			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+ 0,5	+2
6. Доверчивость	- 0,5	+ 0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застывание» 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

Интерпретация:

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.

«ШКАЛА ПОЗИТИВНОГО АФФЕКТА И НЕГАТИВНОГО АФФЕКТА» (ШПАНА) (АДАПТАЦИЯ МЕТОДИКИ PANAS Е.Н. ОСИНЫМ)

Опросник состоит из перечня прилагательных, которые описывают различные чувства и эмоции. Прочитайте каждое прилагательное и отметьте рядом с ним, в какой мере Вы чувствовали себя так в течение прошедших нескольких недель. Используйте следующие варианты ответов:

Почти или совсем нет	Немного	Умеренно	Значительно	Очень сильно
1	2	3	4	5

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1. _____ увлеченный | 11. _____ раздраженный |
| 2. _____ подавленный | 12. _____ сосредоточенный |
| 3. _____ радостный | 13. _____ стыдящийся |
| 4. _____ расстроенный | 14. _____ вдохновленный |
| 5. _____ полный сил | 15. _____ нервный |
| 6. _____ виноватый | 16. _____ решительный |
| 7. _____ испуганный | 17. _____ внимательный |
| 8. _____ злой | 18. _____ беспокойный |
| 9. _____ заинтересованный | 19. _____ бодрый |
| 10. _____ уверенный | 20. _____ тревожный |

Интерпретация:

Позитивный аффект (ПА): сумма баллов по пунктам 1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19.

Негативный аффект (НА): сумма баллов по пунктам 2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОГО ОЩУЩЕНИЯ ОДИНОЧЕСТВА Д. РАССЕЛА И М. ФЕРГЮСОНА

Инструкция: «Вам предлагается ряд утверждений. Рассмотрите последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления применительно к Вашей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Выбранный вариант отметьте знаком «+»».

Текст опросника

№	Утверждения	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1	Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку.				
2	Мне не с кем поговорить.				
3	Для меня невыносимо быть таким одиноким.				
4	Мне не хватает общения.				
5	Я чувствую, будто никто не понимает меня.				
6	Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят, напишут мне.				
7	Нет никого, к кому бы я мог обратиться.				
8	Я сейчас больше ни с кем не близок.				
9	Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи.				
10	Я чувствую себя покинутым.				
11	Я не способен раскрепощаться и общаться с теми, кто меня окружает.				

12	Я чувствую себя совершенно одиноким.				
13	Мои социальные отношения и связи поверхностны.				
14	Мне не достает компании.				
15	В действительности никто как следует не знает меня.				
16	Я чувствую себя изолированным от других.				
17	Я несчастен, будучи таким отверженным.				
18	Мне трудно заводить друзей.				
19	Я чувствую себя исключенным и изолированным другими.				
20	Люди вокруг меня, но не со мной.				

Обработка результатов и интерпретация:

Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов. Сумма ответов «часто» умножается на три, «иногда» – на два, «редко» – на один и «никогда» – на ноль. Полученные результаты складываются. Максимально возможный показатель одиночества – 60 баллов.

От 40 до 60 баллов – высокая степень одиночества,

От 20 до 40 баллов – средний уровень одиночества,

От 0 до 20 баллов – низкий уровень одиночества.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА РИСКА СУИЦИДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (А.Н. ВОЛКОВА)

Цель: выявление риска суицида среди детей и подростков

Процедура проведения: оцените ситуацию ребенка в баллах

№	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 характера	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

Интерпретация: Дети, набравшие более 25 баллов, могут быть учтены в группе риска.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ (САН)

Цель: Экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения.

Инструкция: Вам предлагается описать свое состояние, в котором вы находитесь в данный момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 пар полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени выраженности данной характеристики.

ТИПОВАЯ КАРТА МЕТОДИКИ С А Н

Фамилия, инициалы Пол..... Возраст.....

Дата..... Время.....

1	Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2	Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3	Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4	Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5	Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6	Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7	Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8	Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9	Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10	Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11	Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12	Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13	Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14	Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной
15	Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16	Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный
17	Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18	Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19	Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый
20	Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21	Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22	Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23	Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный

24	Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный
25	Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Утомленный
26	Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27	Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28	Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29	Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30	Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

Обработка данных:

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары – в семь баллов. При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются, но положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные – низкие. Полученные баллы группируются в соответствии с ключом в три категории, и подсчитывается количество баллов по каждой из них.

Самочувствие – сумма баллов по шкалам: 1,2,7,8,13,14,19,20,25,26.

Активность – сумма баллов по шкалам: 3,4,9,10,15,16,21,22,27,28.

Настроение – сумма баллов по шкалам: 5,6,11,12,17,18,23,24,29,30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже 4 свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов. Следует учесть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение.

СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ШКОЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Наблюдение – наиболее распространенный и незаменимый метод, он может применяться при изучении детей и подростков. Наблюдения бывают сплошными, когда исследователя интересуют все особенности поведения ребенка, но чаще применяется выборочное, когда фиксируются только некоторые из них.

Этот метод очень подходит для работы школьного психолога для выявления детей и подростков с нарушениями адаптации. Необходимо учитывать, что общее заключение о ребенке или подростке можно делать после продолжительной серии наблюдений.

Результаты наблюдений за учащимся оцениваются психологом (или социальным педагогом, учителем) по семи шкалам в соответствии со следующими показателями:

1-я шкала – учебная активность.

5 – активно работает на уроке, часто поднимает руку, отвечает правильно.

4 – на уроке работает, положительные и отрицательные ответы чередуются.

3 – редко поднимает руку, но отвечает верно.

2 – часто отвлекается, не слышит вопроса, активность кратковременная.

1 – пассивен на уроке, дает отрицательные ответы.

0 – учебная активность отсутствует полностью.

2-я шкала – усвоение программных материалов.

- 5 – правильное и безошибочное выполнение учебных заданий.
- 4 – единичные ошибки.
- 3 – нестабильная успеваемость, перепады правильных и неправильных ответов.
- 2 – плохое усвоение материалов по одному из предметов.
- 1 – частые ошибки, неаккуратность в выполнении заданий, много исправлений, зачеркиваний.
- 0 – плохое усвоение программных материалов, грубые ошибки и их большое количество.

3-я шкала – поведение на уроке.

- 5 – добросовестное выполнение всех требований учителя, дисциплинированность.
- 4 – выполняет требования учителя, но иногда отвлекается от уроков.
- 3 – часто разговаривает с товарищами, не собран.
- 2 – скован на уроке, напряжен, отвечает мало.
- 1 – выполняет требования частично, вертится, разговаривает.
- 0 – преобладают игровые интересы, на уроке занимается посторонними делами.

4-я шкала – поведение на перемене.

- 5 – высока я игровая активность, охотно участвует в игровых делах.
- 4 – малая степень активности, предпочитает занятия в классе с кем-либо одним из ребят.
- 3 – активность ребенка ограничивается занятиями типа: делает уроки, моет доску, убирает класс.
- 2 – не может найти себе никакого применения, переходит из одной группы детей в другую.
- 1 – пассивен, избегает других.
- 0 – часто нарушает нормы поведения

5-я шкала – взаимоотношения с одноклассниками.

- 5 – общителен, легко контактирует с детьми.
- 4 – мало инициативен, но легко вступает в контакт, если к нему обращаются.
- 3 – сфера общения ограничена, общается только с некоторыми.
- 2 – предпочитает находиться рядом с детьми, но не вступает с ними в контакт.
- 1 – замкнут, изолирован от других.
- 0 – проявляет негативизм по отношению к другим детям.

6-я шкала – отношение к учителю.

- 5 – проявляет дружелюбие по отношению к учителю, часто с ним общается.
- 4 – дорожит хорошим мнением учителя о себе, стремится выполнять его требования.
- 3 – старательно выполняет требования учителя, но за помощью часто обращается к одноклассникам.

- 2 – выполняет требования учителя формально, стараясь быть незамеченным.
- 1 – избегает контакта с учителем, при общении с ним теряется, плачет.
- 0 – общение с учителем приводит к отрицательным эмоциям, плачет при любых замечаниях.

7-я шкала – эмоции.

- 5 – хорошее настроение, часто улыбается.
- 4 – спокойное эмоциональное состояние.
- 3 – эпизодически проявляется снижение настроения (цикличность).
- 2 – отрицательные эмоции преобладают.
- 1 – депрессивное настроение.
- 0 – агрессия.

Результаты наблюдения с помощью данных оценочных шкал сводятся в таблицу.

Карта школьной адаптации учащихся.

Фамилия, имя	Учебная активность	Усвоение программного материала	Поведение на уроке	Поведение на перемене	Взаимоотношения с одноклассниками	Отношение к учителю	Эмоции	Общий балл	Выводы

Интерпретация:

В таблице отмечаются дети, имеющие самые низкие показатели по каждой из шкал. При этом уровень адаптации детей и подростков рассчитывается суммарно.

Высокий уровень – 28–35 баллов;

Средний уровень – 21–27 баллов;

Низкий уровень – менее 20.

ОПРОСНИК «SACS» (С. ХОБФОЛЛ)

Личностный опросник «SACS» предназначен для изучения стратегий и моделей coping-поведения (стресс-преодолевающего поведения), как типов реакций личности человека по преодолению стрессовых ситуаций. Опросник предназначен от подросткового возраста и старше.

Опросник включает 54 утверждения, каждое из них обследуемый должен оценить по

5-ти балльной шкале. В соответствии с ключом подсчитывается сумма баллов по каждой строке, которая отражает степень предпочтения той или иной модели поведения в стрессовой ситуации.

Опросник содержит девять моделей поведения (стратегии преодоления):

- ассертивные действия,
- вступление в социальный контакт,
- поиск социальной поддержки,
- осторожные действия,
- импульсивные действия,
- избегание,
- манипулятивные (непрямые) действия,
- асоциальные действия,
- агрессивные действия.

Обработка результатов по тесту проводится в соответствии с приведенным ниже «ключом».

Инструкция:

Вам предлагаются 54 утверждения, относительно поведения в напряженных (стрессовых) ситуациях. Оцените, пожалуйста, как Вы обычно поступаете в данных случаях. Для этого в регистрационном бланке поставьте цифру от 1 до 5, которая наиболее – соответствует Вашим действиям. Если утверждение полностью описывает Ваши действия или переживания, то рядом с номером вопроса поставьте – 5 (ответ – да, совершенно верно). Если утверждение совсем не подходит к Вам, тогда поставьте – 1 (ответ – нет, это совсем не так).

- 1 – нет, это совсем не так;
- 2 – скорее нет, чем да;
- 3 – затрудняюсь ответить;
- 4 – скорее да, чем нет;
- 5 – да, совершенно верно.

Текст опросника:

1. В любых сложных ситуациях Вы не сдаетесь.
2. Объединяетесь с другими людьми, чтобы вместе разрешить ситуацию.
3. Советуетесь с друзьями или близкими о том, что бы они сделали, оказавшись в Вашем положении.
4. Вы всегда очень тщательно взвешиваете возможные варианты решений (лучше быть осторожным, чем подвергать себя риску).
5. Вы полагаетесь на свою интуицию.
6. Как правило, Вы откладываете решение возникшей проблемы в надежде, что она разрешится сама.
7. Стараетесь держать все под контролем, хотя и не показываете этого другим.
8. Вы полагаете, что иногда необходимо действовать столь быстро и решительно, чтобы застать других врасплох.

9. Решая неприятные проблемы, выходите из себя и можете «наломать немало дров».
10. Когда кто-либо из близких поступает с Вами несправедливо, Вы пытаетесь вести себя так, чтобы они не почувствовали, что Вы расстроены или обижены.
11. Стараетесь помочь другим при решении ваших общих проблем.
12. Не стесняетесь при необходимости обращаться к другим людям за помощью или поддержкой.
13. Без необходимости не «выкладываетесь» полностью, предпочитая экономить свои силы.
14. Вы часто удивляетесь, что наиболее правильным является то решение, которое первым пришло в голову.
15. Иногда предпочитаете заняться чем угодно, лишь бы забыть о неприятном деле, которое нужно делать.
16. Для достижения своих целей Вам часто приходится «подыгрывать» другим или подстраиваться под других людей (несколько «кривить душой»).
17. В определенных ситуациях Вы ставите свои личные интересы превыше всего, даже если это пойдет во вред другим.
18. Как правило, препятствия для решения Ваших проблем или достижения желаемого сильно выводят Вас из себя, можно сказать, что они просто «бесят» Вас.
19. Вы считаете, что в сложных ситуациях лучше действовать самому, чем ждать, когда ее будут решать другие.
20. Находясь в трудной ситуации, Вы раздумываете о том, как бы поступили бы в этом случае другие люди.
21. В трудные минуты для Вас очень важна эмоциональная поддержка близких людей.
22. Считаете, что во всех случаях лучше «семь и более раз отмерить, прежде чем отрезать».
23. Вы часто проигрываете из-за того, что не полагаетесь на свои предчувствия.
24. Вы не тратите свою энергию на разрешение того, что возможно само по себе рассеется.
25. Позволяете другим людям думать, что они могут повлиять на Вас, но на самом деле Вы – «крепкий орешек», и никому не позволяете манипулировать собой.
26. Считаете, что полезно демонстрировать свою власть и превосходство для укрепления собственного авторитета.
27. Вас можно назвать вспыльчивым человеком.
28. Вам бывает достаточно трудно ответить отказом на чьи-либо требования или просьбы.
29. Вы полагаете, что в критических ситуациях лучше действовать сообща с другими.
30. Вы считаете, что на душе может стать легче, если поделиться с другими своими переживаниями.
31. Ничего не принимаете на веру, так как полагаете, что в любой ситуации могут быть «подводные камни».
32. Ваша интуиция Вас никогда не подводит.
33. В конфликтной ситуации убеждаете себя и других, что проблема «не стоит и выеденного яйца».

34. Иногда Вам приходится немного манипулировать людьми (решать свои проблемы, не взирая, на интересы других).
35. Бывает очень выгодно поставить другого человека в неловкое и зависимое положение.
36. Вы считаете, что лучше решительно и быстро дать отпор тем, кто не согласен с Вашим мнением, чем «тянуть кота за хвост».
37. Вы легко и спокойно можете защитить себя от несправедливых действий со стороны других, в случае необходимости сказать «нет» в ситуации эмоционального давления.
38. Вы считаете, что общение с другими людьми обогатит Ваш жизненный опыт.
39. Вы полагаете, что поддержка других людей очень помогает Вам в трудных ситуациях.
40. В трудных ситуациях Вы долго готовитесь и предпочитаете сначала успокоиться, а потом уже действовать.
41. В сложных ситуациях лучше следовать первому импульсу, чем долго взвешивать возможные варианты.
42. По возможности избегаете решительных действий, требующих большой напряженности и ответственности за последствия.
43. Для достижения своих заветных целей – не грех и немного полукавить.
44. Ищите «слабости» других людей и используете их со своей выгодой.
45. Грубость и глупости других людей часто приводят Вас в ярость («выводят Вас из себя»).
46. Вы испытываете неловкость, когда Вас хвалят или говорят комплименты.
47. Считаете, что совместные усилия с другими принесут больше пользы в любых ситуациях (при решении любых задач).
48. Вы уверены, что в трудных ситуациях Вы всегда найдете понимание и сочувствие со стороны близких людей.
49. Вы полагаете, что во всех случаях нужно следовать принципу «тише едешь, дальше будешь».
50. Действие под влиянием первого порыва всегда хуже, чем трезвый расчет.
51. В конфликтных ситуациях предпочитаете найти какие-либо важные и неотложные дела, позволяя другим заняться решением проблемы или надеясь, что время все расставит на свои места.
52. Вы полагаете, что хитростью можно добиться порою больше, чем действуя напрямую.
53. Цель оправдывает средства.
54. В значимых и конфликтных ситуациях Вы бываете агрессивным.

Бланк для ответов

1		10		19		28		37		46	
2		11		20		29		38		47	
3		12		21		30		39		48	
4		13		22		31		40		49	
5		14		23		32		41		50	
6		15		24		33		42		51	

7		16		25		34		43		52	
8		17		26		35		44		53	
9		18		27		36		45		54	

Ключ для обработки данных теста SACS:

Субшкала	Номера утверждений
1. Ассертивные действия	1, 10, 19, 28*, 37, 46*
2. Вступление в социальный контакт	2, 11, 20, 29, 38, 47
3. Поиск социальной поддержки	3, 12, 21, 30, 39, 48
4. Осторожные действия	4, 13, 22, 31, 40, 49
5. Импульсивные действия	5, 14, 23, 32, 41, 50*
6. Избегание	6, 15, 24, 33, 42, 51
7. Непрямые действия	7, 16, 25, 34, 43, 52
8. Ассоциальные действия	8, 17, 26, 35, 44, 53
9. Агрессивные действия	9, 18, 27, 36, 45, 54

Примечание «*» обозначены обратные вопросы (ответы подсчитываются в обратном порядке).

Интерпретация:

Для интерпретации индивидуальных особенностей преодолевающего поведения данные конкретного реципиента сопоставляются с данными, представленными в таблице. Данные реципиента выделены в таблице жирным курсивом.

Таблица 2

№	Стратегии преодоления	Модель поведения (действия)	Степень выраженности преодолевающих моделей		
			низкая	средняя	высокая
1	Активная	Ассертивные (уверенные)	6-17	18-22	23-30
2	Просоциальная	Вступление в социальный контакт	6-21	22-25	26-30
3	Просоциальная	Поиск социальной поддержки	6-19	20-24	25-30
4	Пассивная	Осторожные действия	6-17	18-23	24-30
5	Прямая	Импульсивные	6-15	16-19	20-30
6	Пассивная	Избегание	6-12	13-17	18-30
7	Непрямая	Манипулятивные действия	6-16	17-23	24-30
8	Асоциальная	Жесткость, ценичность	6-14	15-19	20-30
9	Асоциальная	Агрессивные действия (давление, отказ от поиска альтернативных действий)	6-13	14-18	19-30

Оценка общего индекса конструктивности стратегий преодолевающего поведения (ИК)

ИК рассчитывается для определения степени конструктивности поведения.

ИК=АП:ПА

АП – сумма показателей субшкал 1,2,3

ПА – сумма показателей субшкал 6,8,9

Конструктивная стратегия является «здоровым» и активным преодолением, а в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов (контактов) повышает стрессоустойчивость человека.

ИК < 0,85 – низкая конструктивность

ИК = {0,86 – 1,1} – средняя конструктивность

ИК > 1,1 – высокая конструктивность

ИК=67:55=1,2 – высокая конструктивность.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Амбивалентность аутоагрессивных (суицидальных) мотивов – психическое состояние, характеризующееся одновременным существованием аутоагрессивных (суицидальных) 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. Антивитальные переживания не обладают конкретной аутоагрессивной (суицидальной) направленностью.

Антисуицидальный барьер – комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. Может быть представлен религиозными верованиями о греховности суицидального поведения; социальными установками, обусловленными наказуемостью суицидальных действий (в том числе уголовной); эстетическими представлениями о «некрасивости» самоубийства и т. д.

Антисуицидальные факторы личности (синоним – антисуицидальный барьер) – отдельные личностные установки (переживания), препятствующие формированию суицидального поведения или реализации суицидальных действий. К ним относятся: эмоциональная привязанность к значимым близким, гиперответственность, наличие творческих планов, боязнь физического страдания и т. д.

Аутоагрессивное поведение – действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Вариант агрессивного поведения, при котором субъект и объект агрессии совпадают. Выделяют следующие типы аутоагрессивного поведения (Амбрумова А. Г., Трайнина Е. Г., Ратинова Н. А.):

- суицидальное поведение: осознанные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни;
- суицидальные эквиваленты и аутодеструктивное поведение: неосознанные действия (иногда преднамеренные поступки), целью которых не является добровольное лишение себя жизни, но ведущие к физическому (психическому) саморазрушению или к самоуничтожению;
- несуицидальное аутоагрессивное поведение: различные формы умышленных самоповреждений (самоотравлений), целью которых не является добровольная смерть (или заведомо неопасные для жизни).

Осуществление аутоагрессивных действий под воздействием психопатологических переживаний (бред, галлюцинации) психически больными, находящимися в состоянии психоза, следует квалифицировать как аутоагрессивное поведение (смотри Психопатологические предикторы суицидального поведения).

Аутодеструктивное поведение – непреднамеренные действия (преднамеренные поступки при неосознавании возможности смертельного исхода как их результата), следствием которых является физическое или психическое разрушение личности. Одна из форм аутоагрессивного поведения.

Аффект – кратковременная, бурно протекающая, положительно или отрицательно окрашенная эмоциональная психогенная реакция. Различают:

- 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 (смотри Импульсивное суицидальное поведение).

Аффективная разрядка – действия, направленные на эмоциональное выражение негативных, тяжело переносимых личностью переживаний. Суицидальные (аутоагрессивные) действия часто являются формой аффективной разрядки.

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.

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 психоземotionalных сдвигов (Амбрумова А. Г., 1980). 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 лишить 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.

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.

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 наличии 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).

Истинные суицидальные действия – осознанные преднамеренные действия, целью и мотивом которых является добровольное лишение себя жизни.

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 (Амбрумова А. Г., Полеев А. М.):

- «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.

Мифы о самоубийствах – существующие и распространенные в обществе ошибочные представления о самоубийствах и суицидальном поведении в целом.

Неподтвержденный суицид – отсутствие подтверждения данных о совершении самоубийства при бездоказательных заявлениях окружающих об этом (обычно при несчастном случае).

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 (синоним – суицидальная попытка) – несмертельное умышленное самоповреждение (самоотравление), которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. По определению ВОЗ – синоним суицидальной попытки (смотри соответствующий раздел). Объединяет весь класс несмертельных суицидальных действий или действий с низкой суицидальной вероятностью (невозможностью осуществления самоубийства).

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 – 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 (смотри пункт 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);

2. 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 прояв-

ления 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.

Пресуицид – 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 (смотри Стадии суицидального поведения). Выявляемые в пресуицидальном периоде психопатологические проявления отличаются клинической полиморфностью.

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).

Обычно выделяют четыре формы психической депривации, реально существующих совместно (изолированно выделяются только в эксперименте):

- 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 из вне 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.

Расширенный суицид (синоним – групповой суицид) – суицидальные действия, совершаемые группой людей согласно предварительному договору. Наиболее характер-

рен для религиозных сект, декларирующих самоубийство как один из важнейших элементов верования.

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.

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.

Саморазрушающее поведение – это континуум разнообразных аутоагрессивных и аутодеструктивных проявлений от минимальных, с точки зрения опасности для здоровья человека, до крайне жизнеопасных и резко укорачивающих жизнь человека.

Самоубийство (синоним – суицид) – 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.

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.

Стадии формирования суицидального поведения (А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко) – временные этапы становления суицидальной активности с характерными формами ее проявлений. Подразделяются на:

- суицидальная predisпозиция: 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 вещное» спокойствие, идеаторномоторная расторможенность, ажитация);

- суицидальные действия (суицидальная попытка или само убийство).

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 угроза – высказывания или действия, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности и вероятности осуществления суицидальных действий. Могут неосознаваться суицидентом.

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.

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 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 побужде-

ний, 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 (Litman R.):

- 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.

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.

Суицидогенная семья – наличие многократных (в том числе повторных) самоубийств или суицидальных попыток в нескольких поколениях одной семьи.

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.

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.

Формы суицидального поведения – варианты проявлений суицидальной активности, подразделяются на:

- внутренние формы: включают этапы антивитальных переживаний, суицидальных мыслей, суицидальных замыслов, суицидальных намерений;
- внешние формы: включают суицидальную попытку, самоубийство.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алимova, М.А. Суицидальное поведение подростков: диагностика профилактика, коррекция. Барнаул, 2014. – 100 с.
2. Аптер, А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи/ А. Аптер //Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — С. 192-207;
3. Белановская, О. В. Психологическая диагностика в школе : пособие / О. В. Белановская, Н. И. Олифирович. – Минск : БГПУ, 2015. – 246 с.
4. Олифирович, Н.И. Психологическая служба образования: профилактика суицидального поведения студенческой молодежи: учеб.-метод. пособие / Н.И. Олифирович, И.А. Погодин, С.И. Коптева. – Минск : БГПУ, 2010. – 104 с.
5. Пилягина Г.Я. Особенности суицидогенеза аутоагрессивного поведения в молодом возрасте // Проблеми медичної науки та освіти. – 2003. – № 4. – С. 53–57
6. Пилягина, Г.Я. Системная структурно-динамическая модель диагностики саморазрушающего поведения // Сучасні проблеми суїцидології за ред.. П.В. Волошина, Н.О. Марути. – Харків, Видавець Строков Д.В., 2017. – С.152 – 183
7. Погодин, И.А. Суицидоопасный кризис: особенности динамики // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: Материалы VIII Междунар. конф. – Минск: НИО, 2001. – С.185.
8. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. – МОСКВА, 2007. – 271с.
9. Шнейдман, Э. Десять общих черт самоубийств// Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С.353-359.
10. Шнейдман, Э. Душа самоубийцы/ Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
11. Asarnow JR et al Pediatric emergency department suicidal patients: two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008 47(8):958–966;
12. Carter R, Silverman WK, Allen A, Ham L Measures matter: the relative contribution of anxiety and depression to suicidal ideation in clinically referred anxious youth using brief versus full length questionnaires. Depress Anxiety. 2008; 25(8):E27-35;
13. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003 Aug; 60(8):837-44;
14. Goldston DB et al Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. J Consult Clin Psychol 2009 77(2):281–290;
15. Kaess M, Parzer P, Haffner J et al Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. BMC Public Health 2011 11:597
16. Kidd, S., Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Davidson, L., King, R. A., & Shahar, G.. The social context of adolescent suicide attempts: Interactive effects of parent, peer, and school social relations. Suicide & Life - Threatening Behavior, 2006 36(4), 386-395.
17. King RA et al Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 40(7):837–846;

18. Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O. et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* 2019 64, 265–283.
19. Vitiello B et al Depressive symptoms and clinical status during the Treatment of Adolescent Suicide Attempters (TASA) Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 48(10):997–1004;
20. Wasserman D, Cheng Q, Jiang G-X Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry* 2005 4:114–120;
21. Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010 10:1–14.

