

Инструментарий

ДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (В ПОМОЩЬ ШКОЛЬНОМУ ПСИХОЛОГУ)

Н.М. Кий

Приведённые в данной статье методики образуют психолого-педагогический инструментарий диагностики суицидального риска подростков.

• диагностика суицидального поведения • депрессия у ребёнка • эмоциональное неблагополучие • критерии эмоционального неблагополучия • стремление к жизни • дефект смыслообразующего компонента • дезадаптирующие обстоятельства

Современный ребёнок живёт в мире, сложном по своему содержанию и во многом деструктивном по тенденциям развития. Не случайно идеи конца мира, саморазрушения человека всё настойчивей звучат в киноискусстве («Аватар», «Обитаемый остров», «Апокалипсис», «2012» и других фильмах современных режиссёров), в тематике компьютерных игр, в молодёжной субкультуре. Резким изменениям подвергаются различные социальные структуры, влияющие на динамику раз-

вития ребёнка. Не всегда позитивную роль играют средства массовой информации, деструктивно влияя на психику ребёнка, становясь предпосылками нарушений эмоционально-волевой сферы, тенденций к аддиктивному и саморазрушающему поведению.

Эмоциональное неблагополучие подростка — один из объектов внимания школьных психологов, педагогов, родителей. Своевременная и качественная диагностика, адекватные коррекционные меры могут воспрепятствовать возникновению нежелательных тенденций в развитии личности, появлению различных форм отклоняющегося поведения, в том числе и суицидальных тенденций.

Школьные психологи испытывают закономерные трудности с подбором психолого-педагогического инструментария для диагностики суицидального риска подростков. Это один из наиболее сложных вопросов возрастной психологии.

По мнению одного из ведущих специалистов в области детского суицида Е.М. Вроно¹, тесты и опросники, выявляющие риск суицидального поведения подростков, малопродуктивны. В рамках такой тонкой и сложной проблемы,

как зарождение суицидальной активности, нет и не может быть стопроцентных рецептов, однозначно предписывающих специалисту-практику, когда и в каких условиях может быть применена та или иная методика.

Проблемой также является объёмность опросников и тестов. У ребёнка в ситуации острого эмоционального неблагополучия может быть психическая истощаемость, апатия к любым воздействиям и громоздкая методика ему не по силам.

За рубежом разработано большое количество компактных методик — опросников, позволяющих квалифицировать душевное состояние человека: «Опросник суицидальных мыслей» В. Рейнольда, «Шкала суицидальных мыслей» А. Бека и др. Анкеты и опросники относятся к методам самоотчёта и являются одними из распространённых диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники можно разделить на две группы: методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний и опросники, оценивающие определённые аспекты поведения и пережи-

ваний, наиболее тесно связанных с высокой вероятностью совершения суицида. Несмотря на их широкое применение на Западе, адаптация русскоязычных вариантов только начинается, они не прошли достаточной апробации, поэтому применять для подростков опросники суицидального риска зарубежных авторов не рекомендуется.

В отечественной суицидологии используется методика «ОСР» (опросник суицидального риска А. Колмакова), но авторам пока ещё не удалось сделать достаточно наполненными отдельные субшкалы, которые содержат мало валидных пунктов для того, чтобы пользоваться ими как количественными показателями.

В практике используются такие методики, как: КРС (карта риска суицидальности) И. Погодина и опросник «СР-45» Я. Гилинского и П. Юнацкевича, но они не адаптированы к подростковому возрасту.

Вместе с тем необходимы определённые психологические способы выявления детей «группы суицидального риска». Представляется наиболее продуктивным проведение ежегодного мониторинга эмоционального состояния уча-

щихся 6–10 классов по ведущим параметрам, выступающим маркерами глубокого эмоционального неблагополучия ребёнка. Это своеобразные критерии, по которым можно включить подростка в группу суицидального риска. Ранжирование их по значимости даёт следующую иерархию критериев:

- депрессия;
- отсутствие стремления к жизни, дефект смыслообразующего компонента личности;
- тревожность, фрустрация;
- наличие внешних приотравмирующих обстоятельств.

Ниже перечислены маркеры эмоционального неблагополучия ребёнка; они сопровождаются текстами методик, которые могут использовать школьные психологи в своей работе.

Критерии включения подростков в группу суицидального риска — маркеры эмоционального неблагополучия:

1. Критерий — депрессия

Характеристика критерия

В результате многих исследований² доказано, что в основе суицидального поведения детей и подростков зачастую лежат устойчивые депрессив-

Инструментарий

2

*Подольский А.,
Идобаева О.,
Хейма П.*

Диагностика подростковой депрессивности. СПб.: Питер, 2004;

Вроно Е.

Школьный психолог. 2000 г. №№ 13,17;

*Подольский А.,
Идобаева О., Хейма П.*

Диагностика подростковой депрессивности. СПб.: Питер, 2004;

Амбрумова А.Г.

Возрастные аспекты суицидального поведения: Сб науч. тр. М., 1982;

Михайлина М.Ю.,

Павлова М.А.

Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях. Волгоград: Учитель, 2009;

Зотов М.В.

Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция, СПб.: Речь, 2006.

ные состояния. Депрессия является одним из ярких проявлений эмоционального неблагополучия ребёнка. Ещё 15 лет назад подростковая депрессивность практически не упоминалась в литературе, затем стала упоминаться чисто в медицинском смысле. Сейчас исследованы проявления депрессии у детей разного возраста и установлена их связь с идеями самообвинения и самоуничтожения.

У младших школьников (суицидальные попытки фиксируются с 7 лет) наиболее характерными проявлениями депрессии становятся робость, неуверенность, незаинтересованность в учёбе и играх, приступы плача, снижение работоспособности, раздражительность, ощущение безрадостности существования.

У подростков классический депрессивный синдром характеризуется тоской, заторможенностью, снижением жизненного тонуса, идеями самообвинения и самоуничтожения, неприятными телесными ощущениями (ком в горле, чувства «мурашек» на коже, боль в разных частях тела, головная боль, ощущение распирания или боли в области желудка, затруднённое дыхание, ощущение давления в области сердца).

Для подросткового возраста характерны маскированные формы проявления депрессии: немотивированная неожиданная грубость, нарушения поведения, алкоголизация, нарочитое неподчинение и бравата, демонстративность поведения.

В качестве типичных черт депрессий в детском возрасте авторы называют их кратковременность, быструю смену депрессивных состояний возбуждением, выраженность вегетативных нарушений, школьную неуспеваемость, фиксацию на своём физическом состоянии, эпизоды страха и тревоги, навязчивостей, грубость, нарушения поведения.

Опыт проведения систематических замеров психоэмоционального состояния учащихся 6–11 классов (4) показывает, что 2–3% от общего числа обследуемых школьников находились на момент обследования в фазе субдепрессии, у 7% опрошенных ребят зафиксировано стойкое отчётливое снижение общего эмоционального фона.

Ранняя диагностика субдепрессивного состояния учащихся помогает выявить учащихся, нуждающихся в гармонизации психоэмоциональной сферы с целью профилактики суицидальных состояний.

Опросник CDI
(М. Ковач, адаптирован
А. Подольским,
П. Хейманс)

Опросник CDI рассчитан на самостоятельное заполнение его детьми в возрасте 7–17 лет. В настоящее время этот метод наиболее широко применяется на Западе в практических (прежде всего скрининговых) целях. Ниже приводится текст опросника адаптированного современными исследователями подростковой депрессивности проф. А. Подольским и проф. П. Хейманс.

Инструкция: в каждом пункте есть три квадрата — это три варианта ответа. От-

метьте квадратик (галочкой или крестиком), в котором описано состояние, которое Вы чаще всего испытываете.

Интерпретация: по каждому пункту в зависимости от выбора ребёнка выставляется 0 баллов за первый выбор, 1 балл за второй выбор и 3 балла за третий выбор. Соответственно максимальным показателем будет 54. 20 является критическим числом и рассматривается в качестве показателя для углублённого изучения личности ребёнка или подростка. Дети с показателями выше 20 могут рассматриваться как «патологически депрессивные» и им необходима организация срочной помощи.

1	<input type="radio"/> У меня редко бывает хорошее настроение <input type="radio"/> У меня часто бывает грустное настроение <input type="radio"/> У меня всё время грустное настроение
2	<input type="radio"/> У меня никогда ничего не получится <input type="radio"/> Я не уверен, что у меня всё получится <input type="radio"/> У меня всё получится
3	<input type="radio"/> В основном я всё делаю правильно <input type="radio"/> Я много делаю не так <input type="radio"/> Я всё делаю неправильно
4	<input type="radio"/> Многое для меня является забавным <input type="radio"/> Некоторые вещи меня забавляют <input type="radio"/> Ничто меня не забавляет
5	<input type="radio"/> Я всё время себя плохо чувствую <input type="radio"/> Я часто себя плохо чувствую <input type="radio"/> Я редко себя плохо чувствую
6	<input type="radio"/> Я думаю о неприятностях, происходящих со мной время от времени <input type="radio"/> Я беспокоюсь, что со мной могут произойти неприятности <input type="radio"/> Я уверен, что со мной случится что-то ужасное
7	<input type="radio"/> Я себя ненавижу <input type="radio"/> Я себе не нравлюсь <input type="radio"/> Я доволен собой

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

8	<input type="radio"/> Всё плохое происходит по моей вине <input type="radio"/> Многие плохие вещи происходят из-за меня <input type="radio"/> Во всём плохом, что происходит со мной, нет моей вины
9	<input type="radio"/> Я не думаю о самоубийстве <input type="radio"/> Я думаю о самоубийстве, но никогда его не совершу <input type="radio"/> Я хочу покончить с собой
10	<input type="radio"/> Желание заплакать я испытываю каждый день <input type="radio"/> Желание плакать появляется у меня довольно часто <input type="radio"/> Желание заплакать я испытываю редко
11	<input type="radio"/> Меня всё время что-то беспокоит <input type="radio"/> Меня часто что-то беспокоит <input type="radio"/> Меня редко что-то беспокоит
12	<input type="radio"/> Я люблю находиться среди людей <input type="radio"/> Я не люблю часто бывать с людьми <input type="radio"/> Я вообще не хочу быть с людьми
13	<input type="radio"/> Я не могу изменить своё мнение о чём-либо <input type="radio"/> Мне сложно изменить своё мнение о чём-либо <input type="radio"/> Я легко изменяю своё мнение
14	<input type="radio"/> Я выгляжу хорошо <input type="radio"/> В моей внешности есть недостатки <input type="radio"/> Я выгляжу безобразно
15	<input type="radio"/> Я должен каждый раз заставлять себя делать домашнее задание <input type="radio"/> Я часто должен заставлять себя делать домашнее задание <input type="radio"/> У меня нет проблем с подготовкой домашнего задания
16	<input type="radio"/> Я плохо сплю каждую ночь <input type="radio"/> Я часто плохо сплю <input type="radio"/> У меня нормальный сон
17	<input type="radio"/> Я редко чувствую себя усталым <input type="radio"/> Я часто чувствую себя усталым <input type="radio"/> Я всё время чувствую себя усталым
18	<input type="radio"/> У меня часто нет аппетита <input type="radio"/> Иногда у меня нет аппетита <input type="radio"/> Я всегда ем с удовольствием
19	<input type="radio"/> Меня не беспокоят ни боль, ни недомогание <input type="radio"/> Меня часто беспокоят боль или недомогание <input type="radio"/> Я всё время испытываю боль или недомогание
20	<input type="radio"/> Я не чувствую себя одиноким <input type="radio"/> Я часто чувствую себя одиноким <input type="radio"/> Я всё время чувствую себя одиноким
21	<input type="radio"/> В школе ничто не доставляет мне радости <input type="radio"/> В школе мне бывает приятно только время от времени <input type="radio"/> Мне часто радостно в школе
22	<input type="radio"/> У меня много друзей <input type="radio"/> У меня есть друзья, но я бы хотел, чтобы их было больше <input type="radio"/> У меня совсем нет друзей
23	<input type="radio"/> С учёбой у меня всё хорошо <input type="radio"/> Моя успеваемость ухудшилась по сравнению с прошлым <input type="radio"/> Я плохо успеваю по предметам, которые раньше мне давались хорошо

24	<input type="radio"/> Я никогда не стану таким же благополучным человеком, как другие <input type="radio"/> Я могу стать таким же благополучным, как другие, если захочу <input type="radio"/> Я такой же благополучный, как и остальные люди
25	<input type="radio"/> Меня никто не любит <input type="radio"/> Я не уверен, что меня хоть кто-нибудь любит <input type="radio"/> Я уверен, что меня никто не любит
26	<input type="radio"/> Я часто делаю то, что мне говорят <input type="radio"/> В большинстве случаев я не делаю того, что мне говорят <input type="radio"/> Я никогда не делаю то, что мне говорят
27	<input type="radio"/> Я хорошо лажу с людьми <input type="radio"/> Я часто ссорюсь <input type="radio"/> Я постоянно ввязываюсь в ссоры

**2. Критерий —
отсутствие стремления
к жизни, дефект
смыслообразующего
компонента личности**

Характеристика критерия

С высоким индексом депрессивности подростка коррелирует такой показатель, как отсутствие стремления к жизни, дефект смыслообразующего компонента его личности. «Когнитивная триада» депрессии проявляется в низкой оценке собственных возможностей и достижений, в негативной картине мира, в отсутствии позитивных планов и надежд на будущее. Подросток оценивает своё прошлое как негативное, с неохотой говорит о будущем, не умеет строить конструктивные жизненные планы.

Анализ суицидальных попыток подростков показывает, что зачастую им предшествовали высказывания, несущие

суицидальный потенциал. В словах несовершеннолетних звучала ангедония — отсутствие радости жизни, ощущения её бессмысленности и безнадёжности. Иногда во фразах суицидентов фиксировались антивитальные установки, которые выражались в отрицании ценности жизни.

Отсутствие осознанного стремления к жизни и дефект смыслообразующего компонента личности являются самыми убедительными показателями суицидального риска подростка.

**Методика
«Неоконченные
предложения»
(М.В. Хайкина)**

Инструкция: продолжи предложения:

1. Завтра я...
2. Когда я закончу школу...
3. Наступит день, когда...
4. Я хочу жить, потому что...

Интерпретация:

1–3 предложения выясняют особенности планирования подростком собственной жизни; 1–4 предложения выясняют наличие у них осознанного стремления к жизни. При обработке результатов следует обращать внимание на особенности восприятия подростками окружающего, на наличие или отсутствие осознанного стремления к жизни.

Геннограмма (В. Франкл)

Подростку предлагается нарисовать геннограмму — линию, символизирующую его жизнь, и отметить на ней все значимые для него события жизни в прошлом, настоящем и будущем.

Интерпретация: существует суицидальный риск, если:

- событий в прошлом больше, чем в настоящем и будущем;
- в прошлом много психотравм;
- события даны с негативной окраской и травматический опыт прошлого в полной мере не пережит;
- настоящее ближе к концу линии;
- пессимистическое восприятие настоящего, негативная его оценка;

- стремление порвать с настоящим;
- в настоящем отмечено мало событий;
- мрачная эмоциональная окраска будущего;
- будущее отвергает настоящее, не является его логическим продолжением;
- будущее нереалистично, фантастично;
- будущее формально;
- в событиях будущего нет конструктивности, конкретности;

Отказ отметить события будущего является самым тревожным симптомом.

3. Критерий — тревожность, фрустрация

Характеристика критерия

Диагностика этих параметров эмоционального состояния подростков не вызывает сложностей; школьные психологи хорошо владеют методиками, определяющими личностную и ситуативную тревожность. Эти критерии (в отличие от индекса депрессивности) необходимо рассматривать только вкупе с другими; самостоятельная информативная ценность их сомнительна, так как повышенный уровень тревожности диагностируется в самых различных случаях (напри-

мер, перед контрольной, экзаменами, свиданием, визитом к врачу и пр.).

Опросник «Самооценка психических состояний личности» (Г. Айзенк, адаптированный к подростковому возрасту М.В. Хайкиной)

Испытуемому предлагается анкета из 40 предложений.

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

Вопросы анкеты.

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

Инструментарий

30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности.

31. Предпочитаю руководить, а не подчиняться

32. Нередко я проявляю упрямство.

33. Меня беспокоит состояние моего здоровья.

34. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски.

35. У меня резкая, грубоватая жестикуляция.

36. Я неохотно иду на риск.

37. Я с трудом переношу время ожидания.

38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки.

39. Я мстителен.

40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов.

Ключ

1. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

2. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

3. Шкала агрессия: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

4. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов 1 и 2, совпадающих с ключом. За каждый совпавший с ключом ответ 2 начисляется 2 балла, за ответ 2–1 балл. Затем ответы по каждой шкале суммируют-

ся. Средний балл по шкале 10. Превышение его говорит о преобладании данного качества в структуре личности. Информативными в структуре личности потенциального суицидента являются высокие показатели по шкалам тревожности и фрустрации.

4. Критерий — наличие внешних дезадаптирующих обстоятельств жизни подростка

Характеристика критерия

Исследователями детского и подросткового суицида (Е.М. Вроно, А.Г. Амбрумова, Жезлова и др.) убедительно доказано, что суицидальный акт всегда является результатом двух слагаемых: психотравмирующих обстоятельств (дезадапционного конфликта) и способом поведения личности в этих обстоятельствах (конflikте). Поэтому школьному психологу кроме диагностирования параметров включения подростков в группу суицидального риска: уровня депрессивности, наличия осознанного стремления к жизни, высокой тревожности, самооценки необходимо выяснить наличие внешних обстоятельств в жизни подростка,

которые травмируют его. Данные о внешних слагаемых суицидального риска собираются в результате психолого-педагогического наблюдения за подростком в учебной и внеурочной деятельности; бесед с родителями, родственниками, соседями, друзьями; посещения подростка по месту жительства. В качестве примера приводится таблица внешних психотравмирующих обстоятельств в жизни подростков, которые были выделены в группу суицидального риска по раннее обозначенным критериям во время проведения экспериментальной работы по профилактике суицидального поведения учащихся в СОШ № 45.

Таблица

1. Виталий	Деструктивная семья – «формальная». Родители на грани развода, но сохраняют внешние приличия
2. Алексей	В семье материнская депривация, отсутствие тёплых эмоциональных контактов матери и сына. Воспитанием сына занимается отец
3. Антон 1	Семья полная, стиль жизни маргинальный – наблюдается частая смена места жительства, работы, школ, что при психоастеническом типе акцентуации вызывает у подростка эмоциональную напряжённость. В связи с частой сменой школ пробелы в знаниях
4. Антон 2	Низкий социальный статус в классе из-за вспыльчивости, отсутствия эмпатии, неумения налаживать и поддерживать дружеские отношения – крайне низкая коммуникативная культура
5. Мария	Мама на пенсии, в семье молодой отчим, с которым девочка конфликтовала. Отчим ушёл из семьи, мать обвиняет в этом дочь. Мать на учёте у психиатра. Старший сын повесился на фоне жестокого обращения матери. Сейчас мать так же жёстко относится к дочери. Была попытка суицида, девочка пыталась вскрыть вены
6. Саша	Семья обеспеченная, благополучная, родители раннее часто бывали в школе, детально занимались воспитанием сына, уделяли ему много времени. Но с рождением второго ребёнка ситуация изменилась, подростку в семье не хватает внимания, он тяготится самостоятельностью и ответственностью. В классе примкнул к агрессивной группе с целью защиты, очень неустойчив, конформен, конфликты с одноклассниками
7. Ира	Очень низкий статус в классе, мама авторитарный учитель в этой же школе, дети отвергают девочку. Отсутствуют навыки общения, замкнутость, одиночество
8. Аня	В семье недавно произошёл развод, отец с новой женой уехал в Москву. Сейчас семья готовится к отъезду на материк, это очень тревожит девочку

Таблица (окончание)

9. Яна	Пропал без вести отец, когда девочка училась в 3 классе. Мать живёт с сожителем, который ушёл из семьи, оставив двух детей. В семье сожителя недавно трагически погибла дочь 17 лет. Мать погружена в личную жизнь, воспитанием дочери не занимается, школу не посещает. У девочки слабое здоровье, быстрая истощаемость
10. Катя	Раннее училась в классе компенсации, затем девочку перевели в сильный класс. Напряжение, сильные усилия, чтобы соответствовать требованиям
11. Вика	Мать воспитывает дочь одна, в семье много проблем, которые мать перекладывает на дочь. Проекция на девочку неудавшейся личной жизни
12. Майя	Развод родителей. Мать после пережитой травмы лечилась у психиатра, склонна к употреблению спиртного. Эмоциональный контакт отсутствует, авторитета нет, хотя мать пытается активно помогать школе
13. Саша	Мать одна воспитывает сына, очень тревожная, неуравновешенная, стиль воспитания непоследовательный. В семье меняются сожители мамы. Все проблемы сына она перекладывает на школу, эмоционального контакта нет, мать отвергает сына. Саша внешне тревожный, неуверенный, нервный. Рассеянное внимание, поэтому при нормальном интеллекте трудности в учёбе
14. Саша	Родители серьёзно занимаются воспитанием, но у мальчика слабость познавательных процессов, ранее обучался в классе ККО. После расформирования класса попал в сильный коллектив, где он чувствует себя тупицей, изгоем. Ситуацию усугубляют гиперсоциализированные требования в семье (мать и бабушка педагоги, папа в школу ходит еженедельно)

Как видно из таблицы, психотравмирующие обстоятельства фактически представлены двумя блоками, связанными между собой: семейные психотравмы и школьная дезадаптация, причём семейная детерминанта более значительна.

Школьному психологу в сборе данной информации оказывают помощь социальный педагог, классные руководители, школьный и зональный инспектора отделения по делам несовершенно-

летних, Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, отдел социальной защиты населения, органы здравоохранения.

**Диагностика
«форпост-признаков»
(«ключей»)
готовящегося
самоубийства**

В процессе общения с ребёнком, в беседах с педагогами

и родителями психологом могут быть отмечены специфические феномены в поведении или жизни ребёнка, которые можно расценивать как знаки опасности в плане возможного суицида. Особенно опасно сочетание нескольких таких знаков, которые носят название «форпост-признаки» или «ключи» готовящегося самоубийства.

Они делятся на три группы:

Вербальные ключи

1. Разговоры об отсутствии ценности жизни и её смысла.
2. Частые разговоры о загробной жизни, о смерти, интерес к темам смерти в музыке и литературе, интерес к способам умирания, к телу после смерти, посещения кладбищ и красочные о них рассказы, интерес к похоронам, разговоры о суициде как о лёгкой смерти.
3. Непосредственные заявления типа «было бы лучше умереть», «я не хочу больше жить».
4. Косвенные заявления типа «вам не придётся больше обо мне беспокоиться», «мне всё надоело», «чем так жить лучше сдохнуть», «это не жизнь, а каторга», «ничего, скоро вы отдохнёте от меня», «он пожалеет об этом».
5. Намёки, шутки по поводу своей смерти.

6. Многозначительное странное прощальное поведение.

7. Сообщения о конкретном плане суицида.

8. Уверения в беспомощности и зависимости от других: «я ничего сам не смогу», «у меня этого никогда не получится».

9. Двойственная оценка значимых событий.

10. Медленная маловыразительная речь.

Поведенческие ключи

1. Нарушения сна, сны с сюжетами катастроф, монстрами, своей гибелью, гибелью других людей.
2. Апатия.
3. Плач, отчаяние.
4. Склонность к уединению.
5. Резкие изменения во внешности, несоблюдение правил гигиены и в быту.
6. Любые резкие изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких.
7. Поведение, не типичное для подростка.
8. Побег из дома.
9. Алкоголь, наркотики.
10. Возбуждённое, агрессивное состояние или ненависть к себе.
11. Угрызения совести.
12. Чувство безнадёжности, тревоги, депрессии, отчаяния, плач без причины.
13. Раздача личных вещей, в том числе дорогих, денег.

Инструментарий

14. Неспособность долго оставаться внимательным, концентрироваться и принимать решение.
15. Потеря интереса к любимым занятиям.
16. Неожиданное ухудшение успеваемости, прогулы занятий в школе.
17. Членство в группировке или секте.
18. Эйфория после депрессии (ажитированность, суетливость).
19. Ежедневные колебания настроения между возбуждением и упадком
20. Агрессивность как способ вызова отрицательного внимания, ведущая к отчуждению.
21. Психологическая травма.
22. Угрозы.
23. Фантазии на тему своей смерти.
24. Интерес прямой или косвенный к возможным средствам самоубийства (отравляющие вещества, возможности приобретения оружия).
25. Стойкая тяга к прослушиванию грустной музыки и песен.
26. Рисунки с крестами, гробами, паутина рисунки в чёрном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя, записки.
27. Нехватка жизненной активности.
28. Уход от социальной активности.

29. Приведение в порядок своих дел.
30. Стремление к рискованным действиям (гонки на авто, мотоцикле).
31. Суицидальные попытки в прошлом.
32. Чувство вины, низкая самооценка.
33. Скучные планы на будущее.
34. Стремление к тому, чтобы оставили в покое.
35. Признаки классической и маскированной депрессии.
36. Приведение в порядок дел, внезапное завершение долгосрочных дел.
37. Несвойственная молчаливость, высказывания со скрытым вторым смыслом.
38. Посещение врача без очевидной необходимости.
39. Туннельное сознание.
40. Рассеянность, растерянность.
41. Чрезмерные страхи и опасения.
42. Амбивалентность.

Ситуационные ключи (факторы)

1. Любое заметное изменение жизни в любую сторону.
2. Смерть, развод родителей.
3. Семейные конфликты — 1 место.
4. Проблемы с законом.
5. Проблемы со школой.

6. Проблемы с референтной группой сверстников.
7. Перенесённые в детском возрасте тяжёлые соматические заболевания.
8. Умственная отсталость.
9. Подростковый возраст — сензитивность к девиациям.
10. Хроническая прогрессирующая болезнь.
11. Переживание внешнего уродства.
12. Несчастливая любовь.
13. Социальная изоляция от семьи и друзей.
14. Одиночество.
15. Беременность.
16. Психическое заболевание.
17. Психическая травма.
18. Боязнь позора.
19. Переживание неудачи как краха надежд.
20. Значительные материальные и бытовые трудности.
21. Смерть в близком окружении, тяжёлая утрата (психалгия).
22. Суицид близких или членов семьи.
23. Конституционные особенности личности (акцентуации, психопатии).
24. Прimitивность мышления (ребёнок не знает, как отреагировать на сложную ситуацию).
25. Алкоголь, наркотики, которые снимают барьеры здравого смысла.

Особенно опасны сочетания нескольких факторов.

Метод экспресс-диагностики суицидальных настроений подростков

Несмотря на широкое применение методов самоотчёта, они обладают рядом недостатков, основным из которых является субъективизм в ответах на поставленные вопросы, возможность целенаправленного или неосознанного искажения респондентом информации о своём состоянии. В настоящее время имеется много данных, свидетельствующих о низкой эффективности опросников и анкет при прогнозировании суицидального поведения³. Подростки, желающие покончить с собой, склонны скрывать свои намерения от окружающих. В связи с этим в последнее время идёт активный поиск методических подходов, при использовании которых можно было бы обойти отмеченные выше недостатки. В исследованиях последних лет показано, что лица с суицидальным поведением обнаруживают специфические изменения внимания, проявляющиеся в трудностях отвлечения от негативной информации и в непроизвольной фиксации внимания на информации, связанной с темой суицида (М.В. Зотов, В.М. Петруко-

Инструментарий

3

Зотов М.В.
Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция, СПб.: Речь, 2006.

вич, Э. Беккер, Г. Маттеус и др.). Примером реализации данного подхода к диагностике суицидальных тенденций является методика экспресс-оценки суицидального риска «Сигнал» («Амалтея»).

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

Методика «Сигнал» предназначена для экспресс-оценки суицидального поведения. Она относится к объективным личностным тестам, поскольку ориентирована на оценку объективных психофизиологических показателей без опоры на экспертные суждения или личностные самооценки. Тест сконструирован таким образом, что для испытуемого остаётся скрытым, какие стороны его поведения и переживаний подвергаются изучению. Методика основана на измерении резервов внимания при переработке ин-

формации с нейтральным и суицидальным содержанием и реализована в виде программного продукта к персональному компьютеру. Испытуемому предлагается просмотреть на компьютере 25 блоков предложений, каждый из которых включает 3 связанных по смыслу. Первые 5 блоков просматриваются в режиме тренировки, остальные 20 являются контрольными. 3 блока содержат предложения суицидального содержания, 17 — нейтрального характера.

Инструкция: в процессе тестирования будут оцениваться особенности внимания и скорости мыслительных процессов. Просмотрите последовательно появляющиеся на экране предложения с целью выявления грамматических ошибок. В случае обнаружения ошибки нажмите на клавишу «>». Если ошибок нет, нажмите на клавишу «<». В случае появления звукового сигнала как можно быстрее нажмите на клавишу «Пробел».

Интерпретация: при обработке результатов подсчитывается среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии нейтральных предложений и предложений с суицидальным содержанием. ПСР (показатель

суицидального риска) представляется в условных единицах и вычисляется по формуле:

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

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

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

Примечание. Данные некоторых исследований (В.М. Петрукович и др.) показывают, что данная методика информативна прежде всего для лиц с истинными суицидальными намерениями, собственно суицидальная мотивация не играет существенной роли в поведении индивидов с демонстративно-шантажными реакциями. Но эти данные касают-

ся взрослого населения, у подростков же любой вид суицидального поведения необходимо рассматривать как истинное (Е.М. Вроно, А.Г. Амбрумова и др.), поэтому методику «Сигнал» возможно использовать вкупе с методиками, выявляющими критерии включения подростков в группу суицидального риска.

Диагностика риска повторной суицидальной попытки

Расширенный вариант методики «Неоконченные предложения» Е. Даниловой даёт полную информацию об эмоциональном состоянии подростка, его семье, стрессогенных факторах. Этот вариант методики желательно использовать для детей уже совершивших суицидальные попытки. Методика выясняет отношение подростка к совершённой суицидальной попытке, позволяет прогнозировать его поведение и сделать вывод о том, преодолел ли подросток суицидальные тенденции в своём поведении (с этой целью исследование проводить необходимо не ранее 2–3 месяца после совершения суицидальной попытки).

**Методика
«Неоконченные
предложения»
(автор Е. Данилова)**

Инструкция: продолжи предложения:

1. Я думаю, что мой отец редко...
2. Если все против меня, то...
3. Я всегда хотел...
4. Будущее кажется мне...
5. Знаю, что глупо, но боюсь...
6. Думаю, что настоящий друг...
7. Когда я был ребёнком...
8. Идеалом женщины (мужчины для меня является)...
9. По сравнению с большинством других моя семья...
10. Моя мать и я...
11. Сделал бы всё, чтобы забыть...
12. Если бы мой отец только захотел...
13. Думаю, что я достаточно способен, чтобы...
14. Я мог бы очень счастливым, если бы...
15. Надеюсь на...
16. В школе мои учителя...
17. Большинство моих товарищей знают, что я боюсь...
18. Не люблю людей, которые...
19. Когда-то я ...
20. Считаю, что большинство девушек (юношей)...
21. Моя семья обращается со мной как с...
22. Моя мать...
23. Моей самой большой ошибкой было...
24. Я хотел бы, чтобы мой отец...
25. Моя наибольшая слабость заключается в том...
26. Моим скрытым желанием в жизни является...
27. Наступит день, когда...
28. Хотелось бы мне перестать бояться...
29. Больше всех люблю тех людей, которые...
30. Большинство известных мне семей...
31. Считаю, что большинство матерей...
32. Думаю, что мой отец...
33. Когда мне начинает не везти, я...
34. Больше всего я хотел бы в жизни...
35. Когда буду старым...
36. Мои опасения не раз заставляли меня...
37. Когда меня нет, мои друзья...
38. Моим самым живым воспоминанием детства является...
39. Когда я был ребёнком, моя семья...
40. Я люблю свою мать, но...
41. Самое худшее, что мне случилось совершить, это...

Интерпретация: анализ предложений 1, 8–10, 12, 21, 22, 24, 31, 32, 40 позволяют выяснить является ли семья стрессогенным фактором;

7, 19, 38, 39 — отношение к прошлому;

3, 4, 27, 34, 35 — антиципация будущего, умение стро-

ить планы, восприятие будущего;

2, 5, 13, 14, 15, 25, 26, 28, 33, 36 — эмоциональный фон;

6, 17, 37 — позволяют выяснить является ли отношения со сверстниками стрессогенным фактором;

16, 18, 20, 29, 30 — позволяют выяснить наличие стрессогенных факторов в микросоциуме (школа, педагоги, окружающие люди);

11, 23, 41 — позволяют выяснить отношение к суицидальной попытке, сделать вывод о том, изжиты ли подростком суицидальные тенденции.

Методика «Смысл жизни»

Рекомендуется для подростков, совершивших суицидальную попытку

Основана на идеях В. Франкла о том, что человеку скрыть своё принципиальное отрицание жизни никогда полностью не удаётся. Человек психологически не способен придумывать ложные доводы в пользу жизни вообще и собственной жизни в частности, если у него есть мысли о самоубийстве; он не может найти аргументов в пользу своего фальшивого утверждения жизни, а истинные доводы в пользу жизни всегда наготове.

1-я часть — опросник.

1. Думаете ли вы о своём поступке?

(Вопрос не информативен. Подросток, вынашивающий мысль о самоубийстве, будет всегда её отрицать. Чем сильнее хочет скрыть суицидальные мысли, тем больше и упорнее отрицает.)

2. Считаете ли вы его ошибкой?

(Вопрос не информативен, ответ всегда положительный.)

3. Почему вы больше не думаете о самоубийстве?

(Вопрос информативен. Если подросток действительно оставил мысли о повторной попытке, он ответит без колебаний, что он думает о родителях, мечте, учёбе и пр. Он уверенно и без промедления назовёт аргументы в пользу жизни. Если подросток демонстрирует растерянность, смущение, пытается сменить тему, уходит от неё в ответах, ответ надуман, не связан напрямую с вопросом, то мы можем диагностировать у него сохранение суицидальных тенденций.)

Алгоритм диагностической беседы по принципу П.И. Юнацкевича

Диагностическая беседа проводится по показаниям — с теми детьми, у которых вы-

Инструментарий

явлены депрессивные симптомы.

Данный алгоритм структурирует процесс диагностического общения с подростком, стандартизирует вопросы, позволяет провести многосторонний анализ психологического состояния обследуемого. Перед её началом рекомендуется установить с обследуемым доверительный контакт, вызвать чувство доброжелательного отношения и безопасности.

Беседа с подростком группы суицидального риска имеет свои особенности: не важно уточнение социально-демографических данных; применение различных техник слушания, демонстрация сопереживания, вхождение в состояние эмоционального резонанса с подростком направлено на снижение внутреннего напряжения, разрядки, успокоения.

Характер задаваемых вопросов и фиксация отве-

тов должны быть адекватны состоянию обследуемого. В случае, когда ему затруднительно контролировать свои чувства и поведенческие реакции, не рекомендовано провоцировать негативные чувства формальными расспросами. Считается недопустимым фиксация подростка суицидального риска на негативных переживаниях. Алгоритм беседы позволяет выбирать такие вопросы для обследуемого, которые способствуют получению наиболее информативных ответов. Фиксируются фразы, в которых прослеживается ангедония, антивитаальные установки. Это является основанием для постановки диагностического заключения и выработки психолого-педагогических рекомендаций по коррекции состояния обследуемого.

Примерное содержание диагностической беседы.

Имя, возраст, пол, класс _____

Семья (социальный статус, состав, условия жизни) _____

Характер взаимоотношений в семье, стиль семейного воспитания _____

Причины обращения к педагогу-психологу.

Имели ли место изменения в поведении, указать, какие именно _____

Время появления _____

Имело ли место «вызывающее событие» (психологическая травма, конфликт, изменение условий жизни и т.п.) _____

Реакция на эти события (чрезмерная, сильная, слабая)

Инструментарий

Жалобы

Эмоциональное состояние («душа болит», «камень на сердце», «тяжесть в груди» и т.п.) _____

Ощущения: боли, парестезия, сенестопатия, «ком в горле», гиперестезия, гипостезия, анестезия и т.п. _____

Время появления _____

Интеллектуальная несостоятельность: «голова не работает», «поглупел», «отупел», «беспамятность», «бестолковость» _____

Вегетативные симптомы: общая слабость, потливость, утомляемость, усталость, потеря аппетита, тошнота, рвота, похудание, сухость во рту, запоры, поносы, сбои в работоспособности, полиурия _____

Нарушения сна: бессонница, нарушение засыпания, раннее утреннее пробуждение, «кошмарные» сновидения, сны о смерти, траурных процессиях, мертвецах, сны-«катастрофы» _____

Конверсионные реакции: моторные, двигательные _____

Мотивационная сфера: снижение побуждений, отсутствие интересов, нерешительность, беспомощность, импульсивность _____

Чем объясняется, со слов подростка, его состояние _____

Анамнез

Были ли психические заболевания, попытки суицида у родственников _____

Обращения ранее за психологической помощью _____

Обращения к психиатру _____

Перенесённые соматические заболевания, время их возникновения (язвенная болезнь, бронхиальная астма, дерматозы, гипертония и пр.) _____

Заболевания ЦНС (инфекции мозга, травмы головного мозга, ушибы, сотрясения, припадки) _____

Черты характера _____

Особенности личности _____

Имело ли место изменения характерологических черт _____

Учебная динамика (смена школы, перевод в класс другого уровня) _____

Проблемы воспитания _____

Алкогольные, криминальные проблемы _____

Личные проблемы _____
Особенности воспитания в раннем детстве, кем воспитывался _____

Имело ли место утрата родителей _____

Имела ли место смерть в близком окружении _____

Черты характера родителей (отец, мать, замещающих их лиц) _____

Особенности поведения в детстве: возбудимость, гиперактивность, пассивность, истеричность, сомнабулизм, ночные страхи, энурез, заикание, тики, анорексия и т.п. _____

Возраст начала учёбы в школе _____

Успеваемость в начальных классах, динамика успеваемости _____

Успеваемость в настоящее время _____

Какие предметы усваиваются легче, труднее _____

Характер увлечений, склонностей _____

Поведенческие реакции пубертата: негативизма, оппозиции, группирования, имитации, эмансипации и их проявления _____

Содержание проблем личности, требующих разрешения _____

Предварительные диагностические гипотезы:

Соматическое состояние _____

Неврологическое состояние _____

Психологическое состояние _____

Затруднения в адаптации _____

Психологический статус

Выглядит: на свой возраст, моложе, старше своих лет _____

Внешний вид: аккуратный, неряшливый, небрежный, невыразительный, астенизированный _____

Манера держаться: непринуждённо, раскованно, без дистанции, скованно, зажато, застенчиво, безразлично, равнодушно, демонстративно, театрально _____

Поза: непоседливая, неусидчивая, суетливая, спокойная, малоподвижная, медлительная, ступор _____

Мимика. Выражение лица (спокойное, осунувшееся, скорбное, вялое, гипомимичное, удивлённое, недоуменное, гримасничество) _____

Направленность и подвижность взгляда: смотрит на собеседника, в сторону, исподлобья, вниз, не мигая, в одну точку, «глаза бегают», озираются _____

Взгляд: блестящий, тусклый, холодный _____

Плач и слёзы: всё время плачет, на глазах появляются слёзы (при упоминании каких-то ситуаций) _____

Улыбка: смущённая, ироническая, дурашливая, неадекватная _____

Смех: адекватный, неадекватный _____

Движения и жесты: без особенностей, манерные, нарочитые, медлительные, угловатые, «беспокойные руки», суетливые движения руками, постоянно поправляют одежду, волосы, закрывает лицо рукой, ажитация, эхопраксия _____

Голос: тихий, громкий, модулированный _____

Интонация: без особенностей, злобные, гневливые, раздражительные, жёсткие, мягкие, жалобливые, страдальческие, радостные _____

Речь. Продуктивность игры: без особенностей, лаконична, многословна, мутизм _____

Темп речи: без особенностей, замедленный, с паузами, ускоренный _____

Особенности речи: стереотипна, жаргонна, часто употребление уменьшительных и ласкательных суффиксов, неологизмы, рифмирование, эхолалия _____

Контактность: в контакт вступает легко, охотно, быстро, контакту доступен, недоступен _____

Особенности контакта: сам вступает в контакт, ограничивается ответами, отвечает нехотя, после неоднократного повторения вопроса, с задержкой, после паузы, подозрителен, насторожен, отвечает невпопад или по существу _____

Ориентировки: нарушения (в собственной личности, в пространстве, во времени) _____

Эмоциональное состояние: травма, страх, боязливость, грусть, уныние, вина, скука, лень, апатия, безнадёжность, лабильность, снижен фон настроения, обида, злоба, стыд, раздражительность, жизнерадостность, суточные колебания настроения _____

Эмоциональные реакции в период беседы (характер реакции и вызвавшие её причины) _____

Основная тематика переживаний _____

Внимание: нет нарушений, нарушения концентрации, отвлекаемость, быстрая переключаемость _____

Память: нарушений нет, фиксационные, нарушения воспроизведения, амнезия _____

Мышление. Темп: нормальный, ускоренный, «скачка идей», замедленный _____

Обстоятельность: без особенностей, всё время пытается уточнить, вязнет в деталях _____

Логичность: мышление последовательное, аналогичное. Паралогичное, адекватное, формальное, резонёрство, остановка или перерывы в мышлении, потеря мысли, поверхностность и т.п. _____

Пессимизм (выраженность) _____

Продуктивная симптоматика: навязчивые идеи, бред, иллюзии, галлюцинации, психические автоматизмы, деперсонализация, дереализация _____

Негативные симптомы: эмоциональное утомление, разорванность мышления, утрата аффективного резонанса _____

Суицидальные тенденции _____

Критика: критичен к своему поведению, не критичен, не вполне критичен, считает, что болен, ищет помощь _____

Другие особенности психического состояния _____

Имела ли место суицидальная попытка _____

Время, место, способ, провоцирующая ситуация _____

Попытка совершена: в одиночестве, на глазах других, рядом с другими _____

Сообщение о суицидальном намерении было: прямым, устным, письменным, косвенным, фантазии _____

Конфликт: находится ли сейчас в конфликтной ситуации, конфликт реальный, внутренний, внешний _____

Длительность предсуицидального периода _____

Отношение к совершённой попытке: равнодушное, негативное, позитивное _____

Заключение педагога-психолога

Психологический диагноз _____

Основная дисгармония, дисфункция личности _____

Тип педагогической и психологической помощи _____

Прогноз суицидального поведения _____

Рекомендуемая практика ведения: периодический контакт, постоянный контакт, направление в реабилитационный центр, к специалистам и пр. _____

Вид психолого-педагогической помощи: консультирование, рекомендации, психотехники, рациональная и пр. _____

Основания заключения педагога-психолога (основные моменты, существенные для формулировки заключения)

Инструментарий

Примечание: приведённые методики образуют психолого-педагогический инструментарий диагностики суицидального риска подростков. В полном объёме его применение громоздко и может быть подростку не по силам. Поэтому рекомендуется следующий алгоритм применения:

1. В ежедневной педагогической деятельности с помощью методов наблюдения, беседы, анализов продуктов деятельности педагога и психологи должны выявлять «форпост-признаки» и «ключи» возможной суицидальной активности подростка. При появлении в поведении ребёнка тревожных симптомов необходима срочная диагностическая и коррекционная работа с этим подростком.

2. При проведении ежегодных замеров психоэмоционального состояния учащихся использовать адаптированный опросник М. Ковач, методику «Неоконченные предложения» М.В. Хайкиной, анамнез психотравмирующих обстоятельств жизни подростка. С помощью данного пакета методик формировать группу учащихся суицидального риска.

3. Для уточнения выявленных симптомов, в процессе индивидуальной работы с подростком группы риска использовать адаптированный опросник Г. Айзенка, генограмму В. Франкла, компьютерную методику «Сигнал».

4. Для диагностики риска повторных суицидальных попыток использовать методику «Неоконченные предложения» Е. Даниловой, опросник «Смысл жизни» В. Франкла, диагностическую беседу по методу П. Юнацкевича.