

*Эмоциональное неблагополучие подростка — один из объектов внимания учителей, школьных психологов, социальных 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.*

● *суицидальные риски* ● *диагностика* ● *гетти группы суицидального риска* ● *психолого-педагогическое сопровождение*

Современный ребёнок живёт в сложном и во многом деструктивном мире. Не случайно идеи конца света, саморазрушения человека всё настойчивей звучат в киноискусстве («Аватар», «Обитаемый остров», «Апокалипсис», «2012» и другие фильмы современных режиссёров), тематике компьютерных игр, молодёжной субкультуре. Средства массовой информации также зачастую деструктивно влияют на психику ребёнка, становясь предпосылками нарушений эмоционально-волевой сферы, тенденций к аддиктивному и саморазрушающему поведению.

Сегодня 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. Вроно (1), 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.

## **Диагностика суицидального поведения детей и подростков**

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

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 опросникового типа, 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 переживаний, наиболее тесно связанных с высокой вероятностью совершения суицида. Несмотря на широкое применение опросников 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). Однако 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 находят применение также 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 сегодня необходимы определённые психологические способы выявления *детей группы суицидального риска*. Представляется наиболее продуктивным проведение ежегодного мониторинга эмоционального состояния учащихся 6–10-х 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 психотравмирующих обстоятельств.

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

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

**1. Критерии включения подростков в группу суицидального риска — маркеры эмоционального неблагополучия****1-й критерий — депрессия***Характеристика критерия*

Результаты многих исследований (2) показали, что в основе суицидального поведения детей и подростков зачастую лежат устойчивые депрессивные состояния. Депрессия — один из ярких проявлений эмоционального неблагополучия ребёнка. Ещё 15 лет назад подростковая депрессивность почти не упоминалась в литературе, затем о ней стали писать, но исключительно в медицинском смысле. В настоящее время уже исследованы проявления депрессии у детей разного возраста и установлена их связь с идеями самообвинения и самоуничтожения.

У младших школьников (суицидальные попытки фиксируются с семи 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 бравада, 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.

Систематические замеры психоэмоционального состояния учащихся 6 — 11-х классов (4) показывают, 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 помогает выявить учащихся, нуждающихся в гармонизации психоэмоциональной сферы с целью профилактики суицидальных состояний.

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

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

Опросник CDI рассчитан на самостоятельное заполнение его детьми в возрасте 7 – 17 лет. Этот метод сегодня наиболее широко применяется на Западе в практических (прежде всего скрининговых) целях.

*Инструкция.* В каждом пункте есть три квадратика — это три варианта ответа. Отметьте квадратик («галочкой» или крестиком), в котором описано состояние, которое вы чаще всего испытываете.

*Интерпретация.* По каждому пункту в зависимости от выбора ребёнка выставляем 0 баллов за первый выбор, 1 балл за второй выбор и 3 балла за третий выбор. Соответственно максимальным показателем будет 54. Критическое число — 20, оно 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="checkbox"/> У меня редко бывает хорошее настроение <input type="checkbox"/> У меня часто бывает грустное настроение <input type="checkbox"/> У меня всё время грустное настроение
2	<input type="checkbox"/> У меня никогда ничего не получится <input type="checkbox"/> Я не уверен, что у меня всё получится <input type="checkbox"/> У меня всё получится
3	<input type="checkbox"/> В основном я всё делаю правильно <input type="checkbox"/> Я много делаю не так <input type="checkbox"/> Я всё делаю неправильно
4	<input type="checkbox"/> Многое для меня является забавным <input type="checkbox"/> Некоторые вещи меня забавляют <input type="checkbox"/> Ничто меня не забавляет
5	<input type="checkbox"/> Я всё время себя плохо чувствую <input type="checkbox"/> Я часто себя плохо чувствую. <input type="checkbox"/> Я редко себя плохо чувствую
6	<input type="checkbox"/> Я думаю о неприятностях, происходящих со мной время от времени <input type="checkbox"/> Я беспокоюсь, что со мной могут произойти неприятности <input type="checkbox"/> Я уверен, что со мной случится что-то ужасное
7	<input type="checkbox"/> Я себя ненавижу <input type="checkbox"/> Я себе не нравлюсь <input type="checkbox"/> Я доволен собой
8	<input type="checkbox"/> Всё плохое происходит по моей вине <input type="checkbox"/> Многие плохие вещи происходят из-за меня <input type="checkbox"/> Во всём плохом, что происходит со мной, нет моей вины
9	<input type="checkbox"/> Я не думаю о самоубийстве <input type="checkbox"/> Я думаю о самоубийстве, но никогда его не совершу <input type="checkbox"/> Я хочу покончить с собой

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

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

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

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

#### 2-й 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 безнадежности. Иногда в их фразах 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-е предложения выясняют особенности планирования подростком собственной жизни; 1 – 4-е — выясняют наличие у них осознанного стремления к жизни. При обработке резуль-

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

татов следует обращать внимание на особенности восприятия подростками окружающего, на наличие или отсутствие осознанного стремления к жизни.

*Геннограмма (В. Франкл)*

Подростку предлагается нарисовать генограмму — 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 — самый тревожный симптом.

### 3-й 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 (например, перед контрольной, экзаменами, свиданием, визитом к врачу и пр).

*Опросник «Самооценка психических состояний личности» (Г. Айзенк, адаптирован 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.

## Диагностика суицидального поведения детей и подростков

### 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 бывает состояние 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.
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 жестикация.
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.

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

### Ключ

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

При обработке результатов подсчитывается количество ответов 1 и 2, совпадающих с ключом. За каждый, совпавший с ключом ответ 2 начисляется 2 балла, за ответ 1 — 1 балл. Затем ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по шкале 10. Превышение его говорит о преобладании данного качества в структуре личности. Информативные для включения подростков в группу суицидального риска — высокие показатели по шкалам тревожности и фрустрации.

### 4-й критерий — наличие внешних дезадаптирующих обстоятельств в 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 (дезадаптационного конфликта) и способов поведения личности в этих обстоятельствах (конфликте). Поэтому кроме диагностирования параметров включения подростка в группу суицидального риска (уровня депрессивности, наличия осознанного стремления к жизни, высокой тревожности, самооценки), необходимо выяснить наличие внешних, травмирующих обстоятельств в его жизни. Данные о внешних слагаемых суицидального риска собираются в результате психолого-педагогического наблюдения за подростком в учебной и неурочной 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 ранее обозначенным критериям) во время проведения экспериментальной работы по профилактике суицидального поведения учащихся в школе № 45.

1. Виталий З.	Деструктивная семья — «формальная». Родители на грани развода, но сохраняют внешние приличия
2. Алексей К.	В семье материнская депривация, отсутствие тёплых эмоциональных контактов матери и сына. Воспитанием сына занимается отец

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

3. Антон Р.	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 Щ.	Низкий социальный статус в классе из-за вспыльчивости, отсутствия эмпатии, неумения налаживать и поддерживать дружеские отношения — крайне низкая коммуникативная культура
5. Мария М.	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 с ним матери. Сейчас мать также жёстко относится к дочери. Была попытка суицида, девочка пыталась вскрыть вены
6. Саша Л.	Семья обеспеченная, благополучная, родители 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 Р.	Очень низкий статус в классе, мама — авторитарный учитель в этой же школе, дети отвергают девочку. Отсутствуют навыки общения, замкнутость, одиночество
8. Аня В.	В семье недавно произошёл развод, отец с новой женой уехал в Москву. Сейчас семья готовится к отъезду на материк, это очень тревожит девочку
9. Яна Х.	Отец пропал без вести, когда девочка училась в 3-м 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 Д.	Ранее училась в классе компенсации, затем девочку перевели в сильный класс. Прилагает большие усилия, чтобы соответствовать требованиям
11. Вика М.	Мать воспитывает дочь одна, в семье много проблем, которые мать перекладывает на дочь. Проекция на девочку неудавшейся личной жизни
12. Майя С.	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 Л.	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 испытывает трудности в учёбе
14. Саша М.	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 изгоем. Ситуацию усугубляют гиперсоциализированные требования в семье (мать и бабушка — педагоги, папа в школу ходит еженедельно)

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

Как видно из таблицы, психотравмирующие обстоятельства 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 инспекторы отделения по делам несовершеннолетних, Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав, отдел социальной защиты населения, органы здравоохранения.

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

В процессе общения с ребёнком, в беседах с педагогами и родителями психолог может отметить специфические феномены в поведении или жизни ребёнка, которые можно расценивать как знаки опасности в плане возможного суицида. Особенно опасно сочетание нескольких 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: «было бы лучше умереть», «я не хочу больше жить».
4. Косвенные заявления: «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.

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

6. Любые резкие изменения в поведении и настроении, особенно отдаляющие от близких.
7. Поведение, нетипичное 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.
14. Неспособность долго оставаться внимательным, концентрироваться и принимать решение.
15. Потеря интереса к любимым занятиям.
16. Неожиданное ухудшение успеваемости, непосещаемость школы.
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, паутиной, рисунки в чёрном цвете, отображающие жестокость, особенно направленную на себя.
27. Недостаток жизненной активности.
28. Отсутствие 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. 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

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

*Ситуационные ключи (факторы)*

1. Любое заметное изменение жизни в любую сторону.
2. Смерть, развод родителей.
3. Семейные конфликты — 1-е место.
4. Проблемы с законом.
5. Проблемы в школе.
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. Переживания, связанные с внешним уродством.
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. Примитивность мышления (ребёнок не знает, как отреагировать на сложную ситуацию).
25. Алкоголь, наркотики, которые снимают барьеры здравого смысла.

Особенно опасны сочетания нескольких факторов.

**3. Метод экспресс-диагностики суицидальных настроений подростков**

Несмотря на широкое применение, методы самоотчёта обладают рядом недостатков, основной из которых — 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 поведения (5). 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 такие недостатки. В исследованиях последних лет показано,

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

что лица с суицидальным поведением обнаруживают специфические изменения внимания, проявляющиеся в трудностях отвлечения от негативной информации и в произвольной фиксации внимания на информации, связанной с темой суицида (М.В. Зотов, В.М. Петрукович, 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, произвольно привлекает его внимание. Соответственно, при наличии у человека суицидальных тенденций, его внимание произвольно 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 информации 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:

$$\text{ПСР} = T1 \text{ ср.} \setminus T2 \text{ ср.},$$

где T1 ср. — среднее время реакции на звуковой сигнал при восприятии нейтральных предложений; T2 ср. — среднее время реак-

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

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

#### 4. 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, чем через 2–3 месяца после совершения суицидальной попытки).

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

*Инструкция.* Продолжи предложения:

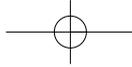
1. Я думаю, что мой отец редко...
2. Если все против меня, то...
3. Я всегда хотел...
4. Будущее кажется мне...
5. Знаю, что глупо, но боюсь...
6. Думаю, что настоящий друг...
7. Когда я был ребёнком...
8. Идеалом женщины (мужчины) для меня является...
9. По сравнению с большинством других моя семья...
10. Моя мать и я...
11. Сделал бы всё, чтобы забыть...

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

12. Если бы мой отец только захотел...
13. Думаю, что я достаточно способен, чтобы...
14. Я мог быть 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 позволяет выяснить:

- 1,8,9, 10,12, 21, 22, 24, 31, 32, 40 — является ли семья для подростка стрессогенным фактором;
- 7, 19, 38, 39 — отношение к прошлому;
- 3, 4, 27, 34, 35 — антиципация будущего, умение строить планы, восприятие будущего;
- 2, 5, 13, 14, 15, 25, 26, 28, 33, 36 — эмоциональный фон;
- 6, 17, 37 — являются ли отношения со сверстниками стрессогенным фактором;
- 16, 18, 20, 29, 30 — наличие стрессогенных факторов в микросоциуме (школа, педагоги, окружающие люди);
- 11, 23, 41 — отношение к суицидальной попытке, изжиты ли подростком суицидальные тенденции.



## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

### *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. Он психологически не способен приводить ложные доводы в пользу жизни вообще и собственной жизни в частности, если у него есть мысли о самоубийстве; человек 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 он хочет скрыть суицидальные мысли, тем больше и упорнее их 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.)

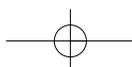
#### *Алгоритм диагностической беседы по принципу П.И. Юнацкевича*

Диагностическая беседа проводится по показаниям с теми детьми, у которых выявлены депрессивные симптомы.

Данный алгоритм структурирует процесс диагностического общения с подростком, стандартизирует вопросы, позволяет провести многосторонний анализ психологического состояния обследуемого. Перед началом беседы рекомендуется установить с подростком доверительный контакт, создать атмосферу доброжелательности и безопасности.

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

Характер задаваемых вопросов и фиксация ответов должны быть адекватны состоянию ребёнка. В случае, когда ему трудно контро-



### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

лизовать свои чувства и поведенческие реакции, не рекомендуется провоцировать негативные чувства формальными расспросами. Считается недопустимым фиксация подростка суицидального риска на негативных переживаниях. Алгоритм беседы позволяет выбирать вопросы, 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 подростка.

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)

\_\_\_\_\_

Жалобы

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

\_\_\_\_\_

Ощущения (боли, парастезия, сенестопатия, «ком в горле», гиперестезия, гипостезия, анестезия и т.п.) \_\_\_\_\_

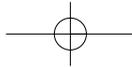
\_\_\_\_\_

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



## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

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 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 \_\_\_\_\_

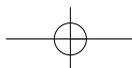
Алкогольные, криминальные проблемы \_\_\_\_\_

Личные проблемы \_\_\_\_\_

Особенности воспитания в раннем детстве, кем воспитывался \_\_\_\_\_

Имела ли место утрата родителей \_\_\_\_\_

Имела ли место смерть в близком окружении \_\_\_\_\_



### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

Черты характера родителей (отец, мать, замещающие их лица)

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, наклонностей

Поведенческие реакции пубертата (негативизм, оппозиция, группирование, 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, малопо-  
движная, медлительная, ступор)

Мимика, выражение лица (спокойное, осунувшееся, скорбное, вя-  
лое, гипомимичное, удивлённое, недоуменное, гримасничество)

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

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 поправляет одежду, волосы, закрывает лицо рукой, ажитация, эхопраксия) \_\_\_\_\_

Голос (тихий, громкий, модулированный) \_\_\_\_\_

Интонация (без особенностей, злобная, гневливая, раздражительная, жёсткая, мягкая, жалобная, страдальческая, радостная) \_\_\_\_\_

Речь (без особенностей, лаконичная, многословная, мутизм) \_\_\_\_\_

Темп речи (без особенностей, замедленный, с паузами, ускоренный) \_\_\_\_\_

Особенности речи (стереотипна, жаргонна, частое употребление уменьшительных и ласкательных суффиксов, неологизмы, рифмование, 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, безнадежность, лабильность, снижен фон настроения, обида, злоба, стыд, раздражительность, жизнерадостность, суточные колебания настроения \_\_\_\_\_

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

### Диагностика суицидального поведения детей и подростков

Основная тематика переживаний \_\_\_\_\_

Внимание: нет нарушений, нарушения концентрации, отвлекаемость, быстрая переключаемость \_\_\_\_\_

Память: нарушений нет, 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 у 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 \_\_\_\_\_

## ТЕХНОЛОГИЯ И ПРАКТИКА

### 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 и пр. \_\_\_\_\_

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

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 такой 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.

### Литература

1. Вроно Е. Школьный психолог. 2000. № 13, № 17.
2. Подольский А., Игобаева О, Хейма П. Диагностика подростковой депрессивности. СПб.: Питер, 2004.
3. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения. Сб науч. тр. М., 1982.
4. Михайлина М.Ю., Павлова М.А. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях. Волгоград: Учитель, 2009.
5. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2006.